Rok XLI. Kraków, 17 Maja 1902. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału II. wewnętrznego szpitala powszechnego we Lwowie.

Przyczynek do nauki o żywieniu i leczeniu chorych na przewlekłe zapalenia nerek*).

Podał

Dr. Józef Wiczkowski

docent Uniwersytetu i prymaryusz oddziału.

Żywienie chorych na przewlekłe zapalenie nerek jest właściwie ich leczeniem. Będąc bowiem wobec samej sprawy zapalnej bezbronni, mamy w udziale tylko pomaganie naturze, która sama wyrokuje o dalszych losach chorego. Główne więc zasady leczenia polegają na uregulowaniu życia w najdrobniejszych jego przejawach, na przeprowadzeniu szczegółowej kontroli jakości i ilości pokarmów i napojów. Co apteka nie daje, to w kuchni znajdziemy, aby przynajmniej życie przedłużyć, jeżeli o wyleczenie kusić się trudno. Tem większą w sprawie żywienia zwracają uwagę na siebie nerki, że narząd, wydzielający z ustroju przetwory przemiany materyi, t. j. komórki przybłonkowe, jest głównem siedliskiem choroby. A właśnie zasadniczą dewizą w żywieniu takich chorych jest: nerek nie obarczać, ani nie drażnić.

Z natury więc rzeczy i z doświadczenia mleko i mleczne potrawy, jako najmniej drażniące, musiały sobie wyrobić pierwsze miejsce w „menu“ dla chorych na przewlekłe zapalenie nerek. Gdy się więc poda choremu $1^1/_2$—$2^1/_4$ litra mleka, 400—500 grm. wodników węgla, lub odpowiednią ilość tłuszczu, co razem daje około 3000 kaloryj, tem samem uczyniło się zadość obu głównym wskazaniom, — bo i nerki się oszczędza i równocześnie chorego dostatecznie się odżywia. Dyeta taka na krótką metę wystarcza tem bardziej, że nie idzie tu o wynagrodzenie białka utraconego, gdyż utrata tej małej ilości 2—5, a nawet do 10,0 grm. na dobę nie odgrywa żadnej roli. Najważniejszy wzgląd należy mieć na utrzymanie chorego w równowadze odżywczej przez długie miesiące i lata. Trzeba się więc liczyć i z łaknieniem chorego, które nie jest zależne od samego żołądka, z jego wstrętem do jednostajnej dyety, a w niektórych razach ze wstrętem już z samego początku do pewnych potraw, szczególnie do tak cenionego w chorobach nerkowych mleka.

Wiadomo, gdy mowa w ogóle o dostatecznem odżywianiu się, że nie idzie tu nawet o jakość pokarmów, byle tylko pokarmy dostarczyły około 3000 kaloryj i byle z nimi do ustroju został wprowadzony C, H, N i O, odłączając od tego wodę i sole. Co do pewnych pokarmów i napojów zabronionych lub dozwolonych chorym na przewlekłe zapalenie nerek, to dziś są księgi zamknięte; niema dwu zdań co do szkodliwości napojów wyskokowych i przypraw korzennych, ani co do wielkiego pożytku z mleka i mlecznych potraw. Inaczej się rzecz ma z pokarmami mięsnymi. Mięso tak zwane białe zdołało sobie powszechnie wyrobić wstęp na stół chorych na przewlekłe zapalenie nerek. Na mięsie zaś czarnem ciąży banicya i to nie u wybitnych klinicystów, jak Senator, Leube, Ziemssen, Hirschfeld, Pick, Noorden, tylko w szerokich kołach lekarzy praktykujących. Rzekomą winą tego są azotowe istoty wyciągowe i ptomainy, których ma być więcej w mięsie czarnem, aniżeli w białem, a które właśnie mają działać drażniąco na miąższ nerkowy. Tymczasem najściślejsze badania chemiczne nie wykazują istotnych różnic co do ilości tych istot wyciągowych (kreatyna, zasady ksantynowe) między mięsem białem a czarnem, czy to surowem, czy też w jakikolwiekbądź sposób przyrządzonem (Offner i Rosenquist z pracowni Noordena (Berl. klin. Woch. 1899. Nr. 43 i 44); z dawniejszych autorów Voit, Nawrocki, Neubauer, Zaleski), a ptomainy znajdują się tylko w mięsie nieświeżem, prędzej w rybiem, aniżeli wołowem.

Co do wpływu istot białkowatych na przemianę materyi u chorych na zapalenie przewlekłe nerek, Noorden i A. Ritter (Zeit. f. klin. Med. B. XIX. Supp.) wykazali, że wydzielanie się N nie odbywa się w ścisłej zależności od jakości pokarmów mięsnych, że stosunki przemiany materyi wypadały raz pomyślniej w peryodzie żywienia się mięsem cielęcem, drugi raz znów podczas żywienia się mięsem wołowem. Kaufman i Mohr z pracowni Noordena (Zeit. f. klin. Med. Bd. 44. Hf. 5 i 6) dowodzą, że rodzaj mięsa zostaje bez wpływu na przemianę materyi, że ilość białka nie zależy od jakości mięsa, a cała sprawa chorobowa postępuje lub cofa się raz obranym trybem.

Co do wniosków terapeutycznych, to Kaufman i Mohr wyznają z godną uznania szczerością przy końcu swej ścisłej i sumiennej pracy, że więcej kładą wagi na ogólne doświadczenia kliniczne, zebrane przez wiele lat, aniżeli na wyniki swoich ścisłych poszukiwań chemicznych. A więc głos rozstrzygający w tej sprawie oddają spostrzeżeniom klinicznym.

Tą samą myślą kierowałem się, kiedy przed dwoma laty rozpocząłem na moim oddziele szereg ścisłych badań klinicznych w sprawie żywienia chorych na przewlekłe zapalenie nerek, sądząc, że w ten sposób mogę się rzetelnie przyczynić do rozwiązania tego ważnego zagadnienia. Wprawdzie już w r. 1900 Pabst na oddziele Fürbringera zestawił dwa przypadki, spostrzegane w sposób czysto kliniczny i doszedł do tych samych wyników, co poprzednio wymienieni autorowie, t. j. że mięso wołowe nie zwiększa

* Rękopis tej pracy Redakcya otrzymała 8. kwietnia.

ilości białka, że nie można mu przypisywać złego wpływu na przebieg choroby. Jednak przy takich badaniach należy uwzględnić nie tylko samą chorobę, lecz i jej okres, etyologią, zachowanie się naczyń i serca, stan narządu pokarmowego i wiele innych mniej lub więcej ważnych szczegółów. Na to potrzeba rozległego materyału. Ja w przeciągu dwu lat miałem w leczeniu na swoim oddziele 85 chorych na przewlekłe zapalenie nerek; na tym materyale przeprowadziłem cały szereg ścisłych spostrzeżeń. Doświadczenia przeprowadzałem w następujący sposób: w ciągu jednego do dwóch tygodni zostawiałem chorych na dyecie mlecznej; przez następny tydzień lub dwa na białem mięsie; potem przez tydzień lub dłużej — przeważnie na mięsie wołowem, niekiedy wracałem napowrót do dyety mlecznej, zwłaszcza gdy przy żywieniu pokarmami mięsnymi ilość białka się powiększała, a stan ogólny się pogarszał Mniej więcej ten sam typ badania zachowałem u wszystkich chorych. Równocześnie oznaczałem ilość moczu, co trzy dni ilość białka i badałem osad moczu, zwracając baczną uwagę na stan obrzęku, stan naczyń i serca, na odżywienie i na stan ogólny zdrowia.

Zanadto bym znużył czytelnika i przekroczył ramy tego pisma, gdybym chciał przytoczyć wszystkie spostrzegane przypadki: pozwolę sobie podać tylko kilka przypadków charakterystycznych, służących najlepiej memu celowi, z wymienieniem zajmujących szczegółów z przebiegu choroby i z zestawieniem przeciętnych liczb z każdego okresu żywienia dla łatwego zoryentowania się w sprawie.

Przypadek I. (Tabl. I.) R. B. l. 25. Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica in indiv. cum infiltratione apicis sin.* Przed dwoma miesiącami przebyła poród. Stwierdziłem następujące zmiany: obrzęk twarzy i kończyn dolnych, wolny płyn w jamie brzusznej. Naciek w szczycie płuca lewego. Ton II. nad tętnicą płucną zaostrzony. W moczu znaczna ilość białka; w osadzie: liczne leukocyty, duże komórki płaskie, małe okrągłe z górnych dróg moczowych, bardzo skąpe wałeczki ziarniste. 15/2 opuściła szpital na własne żądanie, nie wyleczona, czując jednak znaczne polepszenie. Puchlina ogólna i brzuszna ustąpiły.

Tablica I.

R. B. l. 15. *Nephritis parenchymatosa chronica in individuo cum infiltratione apicis sinistri* — od 7/1—15/2

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 7/1—20/1	Dyeta mleczna	750	0·6	4·20
od 20/1—31/1	Przeważnie białe mięso	850	0·75	6·37
od 31/1—10/2	Przeważnie mięso wołowe	850	0·6	5·10
od 10/2—15/2	Dyeta mleczna	800	0·6	4·80

Przypadek II. J. S. l. 47. (Tabl. II.). Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis.* Początku choroby podać nie umie. Badanie wykazuje: twarz i kończyny dolne obrzękłe. Tarcie opłucnowe po stronie prawej u dołu. Tętnice obwodowe miażdżycowo zwyrodniałe. Granica stłumienia serca przekracza linią sutkową lewą o jeden palec. W moczu znaczna ilość białka; w osadzie: pojedyncze leukocyty i ciałka krwi czerwone, pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste, liczne przybłonki brukowe. 11/4 opuściła szpital zdrowa, czując się dobrze. Obrzęki znikły, białka w moczu zaledwie ślad.

Tablica II.

J. S. l. 47. *Nephritis interstitialis. Pleuritis sicca dextra* od 20/3—11/4.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 20/3—31/3	Dyeta mleczna	750	0·1	0·7
od 31/3—10/4	Przeważnie mięso woł.	800	ślad białka 0·004%	

Przypadek III. T. D. l. 23 (Tabl. III.) Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chron.* Początek choroby nie znany. Stwierdzono zmiany następujące: Twarz nalana, kończyny dolne znacznie obrzękłe. Rozedma płuc, nieżyt oskrzelowy rozległy. Drugi ton nad płucną zaakcentowany. W moczu białka 2%, ilość moczu mała. W osadzie: liczne leukocyty, częste wałeczki szkliste, ziarniste i usiane leukocytami, często przybłonek brukowy.

20/4 wyszła ze szpitala nieuleczona z obrzękami. Ilość białka nieco się zmniejszyła 1·2%, ilość moczu większa.

Tabela III.

T. D. l. 23. *Nephritis parenchymatosa chronica* — od 25/2 20/4

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 28/2—12/3	Dyeta mleczna	1000	2	20
od 10/3—20/3	Dyeta, przew. mięso białe	1000	2·2	22
od 20/3—31/3	Dyeta, przew. mięso wołowe	1000	1·2	12
od 1/4—10/4	Dyeta mleczna	1000	1·3	13
od 10/4—20/4	Dyeta, przew. mięso wołowe	1000	1·2	12

Przypadek IV. F. P. l. 70. (Tabl. IV.) Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis sub. dilatatione utriusque ventriculi in ind. cum emphysemate pulm. et bronch. diffusa.* Choroba trwa od lat kilku. Stwierdzono zmiany następujące: znaczny obrzęk kończyn, mała ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. Rozedma płuc, nieżyt oskrzelowy. Stłumienie serca dochodzi do linii mostkowej środkowej i przekracza na dwa palce linię sutkową. Tętnice obwodowe napięte. Wątroba obniżona i powiększona. Moczu mała ilość, białko w ilości 0·6%. W osadzie: liczne leukocyty, pojedyncze ciałka czerwone, dość częste wałeczki Belliniego, ziarniste i usiane leukocytami.

7/5 wyszła ze szpitala wolna od obrzęków; stłumienie serca sięga do linii przymostkowej lewej; ogólny stan zdrowia zadowalniający; ślady białka w moczu, ilość moczu się zwiększyła.

Tablica IV.

F. P. l. 70. *Nephritis interst. subs. dilat. ventr. sin. cordis in indiv. cum emphysem. pulm. et bronch. diff.* od 28/1—7/3.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 1/2—11/2	Dyeta mleczna	700	0·6 0·25 0·10	4·2 1·75 0·7
od 12/2—21/2	Przeważnie mięso białe	750	0·10 0·08 0·04	0·75 0·60 0·30
od 22/2—7/3	Przeważnie mięso wołowe	1000	0·04 0·01 0·006	0·4 0·10 0·06

Przypadek V. A. S. l. 32. (Tabl. V.). Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica.* Choroba trwa około roku. Stwierdzono następujące zmiany: znaczny obrzęk twarzy i kończyn dolnych. Uderzenie koniuszkowe nieco przekracza linię sutkową lewą. Drugi ton nad tętnicą główną zaostrzony. Tętno nikłe i słabo napięte. Moczu około 1000,0 na dobę, białka 0·15%. W osadzie liczne przybłonki kanalików

moczowych, liczne wałeczki ziarniste, szkliste, usiane komórkami kanalików moczowych, po części ziarnisto zwyrodniałemi. Liczne kryształki kwasu moczowego.

12/3 opuściła szpital prawie zupełnie zdrowa. Ilość moczu około 2 litrów na dobę, białka tylko ślady.

T a b l i c a V.

A. S. l. 32. *Nephritis parenchymatosą chronica* — od 4/2—12/3.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka $^0/_0$	białka na dobę
od 4/2—14/2	Dyeta mleczna	1500	0·15 0·08	2·25 1·20
od 15/2—21/2	Przeważnie mięso białe	1500	0·04 0·02	0·60 0·30
od 22/2—12/3	Przeważnie mięso wołowe	2000	0·007 0·004	0·14 0·08

P r z y p a d e k VI. M. Z. l. 30. (Tabl. VI.), Rozpoznanie: *Nephritis parench. chron. Infiltr. apic. sin. Exsud. pleurit. sin.* Choruje od dwu lat. Stwierdzono zmiany następujące: brak obrzęków; naciek w szczycie płuca lewego. Wysięk opłucnowy lewy (surowiczy). Stłumienie serca sięga do linii przymostkowej prawej. Tony głuche, tętno słabe, łatwo się ugnieść dające, szybkie. Moczu około 700 grm., białka 0·3 $^0/_0$; w osadzie: pojedyńcze leukocyty, wałeczki szkliste i usiane zwyrodniałemi komórkami kanalików moczowych. Liczne kryształki kwasu moczowego.

9/3 opuściła szpital na własne żądanie z nieznacznem tylko polepszeniem.

T a b l i c a VI.

M. Z. l. 30. *Nephritis parenchymatosa chronica. Infiltratio apicis sin. Exsudat. pleurit. sin.* — od 17/3—9/5.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka $^0/_0$	białka na dobę
od 17/3—28/3	Dyeta mleczna	600	0·3	1·8
od 29/3—12/4	Przeważnie mięso białe	800	0·6	4·8
od 13/4—22/4	Przeważnie mięso wołowe	700	0·40	2·8
od 23/4—9/5	Dyeta mleczna	1000	0·25	2·5

P r z y p a d e k VII. F. B. l. 35. (Tabl. VII). Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chron.* Przed tygodniem dopiero miała zauważyć objawy swej choroby. Obecnie znajduje się w 5. miesiącu ciąży. Stwierdzono zmiany następujące: twarz i kończyny dolne znacznie obrzękłe. Tętnice obwodowe napięte. Mocz w ilości około 1000 sz. ctm., białka 0·2 $^0/_0$, w osadzie: dość częste leukocyty, przybłonek brukowy często, wałeczki Belliniego pojedyncze, szkliste i ziarniste. Po odbytym przedwczesnym porodzie powróciła napowrót do szpitala na oddział wewnętrzny. W moczu białka 0·3 $^0/_0$, w osadzie: częste wałeczki Belliniego długie, usiane komórkami z kanalików moczowych, pojedyńcze leukocyty.

28/11 opuściła szpital w stanie zdrowia znacznie lepszym.

T a b l i c a VII.

F. B. l. 35. *Nephritis parenchymatosa chron. in gravida* (23/10 przeniesiona na oddział położniczy) — od 25/9—23/10 i od 1/11—28/11.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka $^0/_0$	białka na dobę
od 25/9—5/10	Dyeta mleczna	1200	0·3 0·08 0·1	3·60 0·96 0·48
od 6/10—16/10	Przeważnie mięso białe	1200	0·04	0·48
	Po porodzie			
od 1/11—11/11	Dyeta mleczna	1500	0·03	0·45
od 12/11—19/11	Przeważnie mięso wołowe	1500	0·03	0·45
od 20/11—28/11	Dyeta mleczna	1500	0·03	0·45

P r z y p a d e k VIII. L. F. l. 21. (Tabl. VIII). Rozpoznanie: *Nephritis interstit. subs. hypertroph. et dilat. ventr. dext. et sin. in ind. cum inf. apic. sin.* Choroba trwa od roku. Stwierdzono zmiany następujące: twarz blada, lekko obrzękła, kończyny dolne znacznie obrzękłe. Silny i rozległy nieżyt oskrzelowy, naciek w szczycie płuca lewego. Stłumienie serca sięga do linii przymostkowej prawej i do linii pachowej przedniej. Uderzenie koniuszkowe rozlane. Ton drugi nad tętnicą płucną zaostrzony. Moczu około 1000 grm., białka 0·16, w osadzie liczne leukocyty, znaczna ilość wałeczków szklistych i ziarnistych.

18/10 opuściła szpital w stanie ogólnego polepszenia. Obrzęki poznikały, rozmiary serca mniejsze. Białka pozostało 0·16 $^0/_0$, w osadzie pojedyncze wałeczki.

T a b l i c a VIII.

L. F. l. 21. *Nephritis interstitialis subsequ. hypertrophia et dilatatione utriusque ventr. cordis in ind. cum infiltratione apicis sinistr.* — od 29/8—18/10.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka $^0/_0$	białka na dobę
od 29/8—11/9	Dyeta mleczna	1000	0·16	1·6
od 12/9—1/10	Przeważnie białe mięso	1250	0·15	1·87
od 2/10—18/10	Przeważnie wołowe mięso	1200	0·16	1·92

(Dok. nast.)

II. Oko a ucho, stosunek ich wzajemny.

Podał

Dr. R. Spira.

(Ciąg dalszy).

2) Równoczesne wystąpienie objawów i zmian chorobowych, w oku i w uchu polega albo na wspólności przyczyny chorobowej, albo też na tem, że schorzenia jednego narządu pociągają za sobą przez styczność lub łączność, drogą odruchową albo spółczulną, cierpienie drugiego.

Co do wspólnej przyczyny, to jest albo 1) miejscowa, (choroby nosa i skóry policzków, miejscowe choroby nerwowe w jamie czaszkowej;) albo 2) ogólna (choroby nerwowe, zakaźne, choroby krwi i zboczenia odżywcze); albo wreszcie 3) choroby pojedynczych narządów, lub 4) choroby rozwojowe.

1. Różne choroby mogą się przenosić z jamy nosowej na oko i na ucho przez styczność i przez łączność, a to tak drogą naczyń krwionośnych, jakoteż i drogą odruchową. Już przy zwykłem wykonaniu zabiegu Valsalvy, przez sam silny wydech przy zamkniętych ustach i zatkanym nosie dostaje się powietrze wyżej wymienionemi drogami do worka spojówkowego i do trąbki, przyczem wydzielina z nosa, zawierająca zarodki chorobotwórcze, może tam się dostać i dać powód do zakażenia tych miejsc. Codzienne doświadczenie poucza, jak przy zwykłej już sapce przychodzi często z jednej strony do zadrażnienia spojówki, łzawienia, palenia w oczach i t. d., z drugiej zaś do założenia ucha, przytępienia słuchu i podmiotowych wrażeń słuchowych. Zresztą, jakie choroby nosa i w jaki sposób szerzą się na oko, obszernie wyłożył S ę d z i a k[5]); na znaczenie zaś chorób nosa dla narządu słuchowego już kilkakrotnie zwracałem uwagę[6]).

Najrozmaitsze choroby nieżytowe i zapalne, przewlekłe i ostre, mogą się rozszerzyć z nosa równocześnie na oko i na ucho i wywołać z jednej strony łzawienie, zapalenie i ślutotok woreczka łzowego, przemieszczenie i upośledzenie ru-

chomości gałki ocznej, różne zapalenia spojówki, rogówki, jagodówki, siatkówki, z drugiej zaś strony zapalenia trąbki, jej zwężenie, zapalenie ropne ucha środkowego, które przy dłuższem trwaniu w młodym wieku może prowadzić do zaburzeń mowy, a nawet do głuchoniemoty [7]). Już zbyt silne wycieranie nosa przy schorzałej błonie śluzowej może dać powód do ważnych cierpień oczów i uszów, podobnie jak metoda Valsalvy, a przy krwawieniu z nosa może się w ten sposób krew z nosa dostać do worka spojówkowego i do trąbki, względnie do jamy bębenkowej. Przy wrzodach gruźliczych, kiłowych, liszajowych, nowotworowych, twardzieli nosa i t. p., tak samo po zabiegach operacyjnych w nosie, szczególnie po operacyach galwanokaustycznych, stwierdzano zaburzenia słuchowe i wzrokowe. Na drodze odruchowej z nosa powstają przez rozpromienienie różne zboczenia czynnościowe w oczach i w uszach: niedomoga oczna *(asthenopia)*, osłabienie zdolności akomodacyjnej, niedowład m. m ocznych, dośrodkowe zwężenie pola widzenia (Berger, Ziem), skurcz powiek i t. d.; z drugiej strony: bóle nerwowe w uszach, rwa uszna, podmiotowe wrażenia słuchowe i t. p. Odwrotnie, liczne spostrzeżenia dowiodły korzystnego wpływu racyonalnego leczenia chorób nosa na towarzyszące cierpienia ucha i oka [8]).

W puchlinach, otokach, zapaleniach i nowotworach bocznych jam nosa spostrzegano również cierpienia oczów, jak bóle nerwowe, zwężenie pola widzenia, objawy uciskowe, przesunięcie i wysadzenie gałki ocznej, porażenia, zanik n. wzrokowego, opadnięcie powiek, aż do ślepoty przez rozszerzenie się choroby na nn. wzrokowe, ich pasma i skrzyżowanie; a z cierpień usznych najczęściej występują bóle odruchowe, zwężenie trąbki, zajęcie jamy bębenkowej, n. słuchowego, a nawet schorzenia sąsiednich zatok żylnych [9]).

Wyrośle gruczołowate nierzadko bywają źródłem różnorodnych zaburzeń nerwu wzrokowego (Arslau [10]); zgubny zaś ich wpływ na narząd uszny omówiłem na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich (p. 6); to samo można powiedzieć o nowotworach jamy nosowogardzielowych, które drążąc z jednej strony przez dolną szczelinę oczodołową do oczodołu, z drugiej przez trąbkę do kości skroniowej, dają powód do równoczesnego cierpienia tych narządów zmysłowych.

Choroby skórne nosa lub policzków często rozszerzają się przez ciągłość na zewnętrzne (skórne) części oka i ucha, jak to najczęściej spostrzegamy przy wyprysku na policzkach i głowie. Uwagi te stosują się w równej mierze do róży, tocznia, liszaja, strupienia woszczynowatego, pokrzywki i innych. Pod pewnym względem należy tutaj wspomnieć o ospie i kile. Choroby skórne mogą także wywołać drogą odruchową zaburzenia w obu narządach zmysłowych. U chłopca 14-letniego wśród pokrzywki na klatce piersiowej i na twarzy wystąpiło znaczne obrzmienie obu górnych powiek, silne zapalenie spojówki obok bólów w uszach i zaczerwienienia sluzówek błony bębenkowej.

Uwaga. Według Ziema [8]) zwężenie pola widzenia, występujące przy zatkaniu nosa, nie odnosi się do sprawy odruchowej, lecz polega na zastoju w żyłach sitowych i nosowo-czołowych, na przekrwieniu pobocznem w żyłach oczodołu i gałki, powiększonem napięciu gałki ocznej i powstającem ztąd zaburzeniu krążenia w siatkówce i upośledzeniu tkanki nerwowej. Tłómaczenie to wyjaśnia rozszerzenie napowrót pola widzenia po przywróceniu drożności nosa.

Dla zupełności przytaczamy tu jeszcze, choć ściśle wziąwszy nie należącą tutaj, odmę podskórną powiek, występującą niekiedy po cewnikowaniu trąbki usznej.

Że choroby mózgu i jego opon, a szczególnie przy ich umiejscowieniu na podstawie czaszki, mogą się przenieść na ośrodki i zakończenia nerwów obu w mowie będących narządów łatwo pojąć wobec siedziby tych narządów w czaszce, oraz ich sąsiedztwa i związku z ośrodkowym układem nerwowym. W rzeczy samej widzimy często w niedokrewności, przekrwieniu, w różnych zapaleniach opon mózgowych, mózgowo-rdzeniowych i samego mózgu, w wybroczynach, ropniach, nowotworach mózgu, a szczególnie w chorobach z wzmożonym uciskiem śródczaszkowym itd. równoczesne zaburzenia w narządzie wzrokowym i słuchowym. Ropne zapalenie opon może pociągać za sobą zapalenie siatkówki oraz błędnika. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych może sprowadzić obustronną głuchotę, jak niemniej obustronną ślepotę. Nowotwory w okolicy wzgórka czworaczego, płatu skroniowego i móżdżku sprowadzają obok zaburzeń słuchowych osłabienie bystrości wzroku, porażenie nn. ocznych, latanie płatków przed oczyma, tarczę zastoinową itd. W następstwie wzmożonego ucisku śródczaszkowego stwierdzono również tarczę zastoinową i naciek limfatyczny n. słuchowego. Urbantschitsch spostrzegał w dwu przypadkach wodogłowia ostrego głuchotę, występującą naprzemian z ślepotą przy zresztą zupełnie utrzymanej przytomności. U. sądzi, że przelotne napady głuchoty i ślepoty w tych przypadkach odnieść należy do szybko przemijającego obrzęku ośrodków wzroku i słuchu. Wodogłowie przewlekłe sprowadza objawy uciskowe, tarczę zastoinową, zastoinowe zapalenie n. wzrokowego, zanik tegoż nerwu i ślepotę, a bardzo często także głuchotę ośrodkową, a czasem i głuchoniemotę. Tętniaki tętnic mózgowych, zależnie od swego umiejscowienia, mogą spowodować objawy niedowładu i podrażnienia oka i ucha przez zajęcie towarzyszących im włókien nerwu spółczulnego.

W pewnych zajęciach nerwów mózgowych, stojących w związku z obu narządami zmysłowymi, te ostatnie mogą równocześnie przedstawiać różne objawy chorobowe. Tu należą cierpienia n. troistego, n. twarzowego zaopatrującego nn. oka i śróduszne, dalej nn. spółczulnych, których podrażnienie może wywołać drogą odruchową równoczesne zaburzenia w oku i w uchu.

Że uszkodzenie lub pęknięcie podstawy czaszki, o ile rozciągają się na kość skroniową, lub na szlaki nerwowe i ośrodki słuchu z jednej, a wzroku z drugiej strony, pociągać za sobą muszą zaburzenia równoczesne w obu tych narządach, nie potrzeba chyba bliższego udowodnienia.

Niemniej choroby rdzenia przedłużonego, jak np. stwardnienie rozsiane, uwiąd itd. często spowodowują wspólne zachorowanie oka i ucha. Według Pierreta uwiąd rdzenia może się zaczynać zajęciem n. słuchowego, jakoteż ślepotą *(amaurosis)*.

Pewne zaburzenia ośrodkowe, zaburzenia t. zw. pozakorowe, przy których połączenie ośrodków z narządami obwodowymi jest utrzymane, drogi rzutowe nietknięte, a tylko drogi kojarzenne ośrodków między sobą są przerwane, dają powód do niezwykłych obrazów chorobowych, jak: ślepota duchowa, głuchota duchowa, różne zaburzenia mowy, niemożność czytania *(alexia)*, utrudnione czytanie *(dyslexia)*, wa-

dliwe czytanie (*paralexia*), bezpiśmienność (*agraphia*), utrudnione lub wadliwe pisanie (*dys-paragraphia*). Doświadczenia Ferriera na małpach dowiodły, że podrażnienie górnego zakrętu płatu skroniowego wywołuje wyprostowanie i odciągnięcie małżowiny obok rozszerzenia źrenic, szerokiego otwarcia i odwrócenia ócz na stronę przeciwną.

(Dokończ. nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przecięcie nerki (*sectio renis*),

jako zabieg leczniczy w t. zw. *„néphralgie hématurique“* i jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Napisał
Dr. M. W. Herman,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Rozpatrując się jednak w piśmiennictwie tego przedmiotu, o ile ono było mi dostępne, nasunęły mi się pewne wątpliwości, które skrystalizować się dadzą w dwa pytania: 1) czy przecięcie nerki jest zabiegiem rzeczywiście potrzebnym, ewentualnie kiedy?*) a 2) czy *sectio renis* jest rzeczywiście zabiegiem tak obojętnym, jak to propagatorowie tej metody wystawiéby radzi?

Pobieżnie tylko dotykając sprawy leczenia daleko posuniętego wodo- i roponercza, o czem zresztą już powyżej pisaliśmy, zaznaczając, że nacięcie ścian tak zmienionej nerki zasadniczo różni się od właściwej nefrotomii, radbym kilkoma słowami zaznaczyć, że stanowisko, jakie wobec tych cierpień zajmują Küster, Guyon, Morris, Mendelsohn i inni jest zbyt wyłącznem. Autorowie ci uważają jedynie pierwotne nacięcie ropo- czy wodonercza za zabieg odpowiedni, każde zaś inne postępowanie, a zwłaszcza pierwotne wycięcie torbiela, uważają za błąd. Nie przeczę, że stanowisko takie praktycznie jest uzasadnione. Nacięcie nerki w tych przypadkach, które niemal bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego wykonać można w znieczuleniu miejscowem, jest zabiegiem zupełnie niewinnym, czyniącym zadość większości objawów chorobowych, lecz... nie wytrzymuje krytyki naukowej i wcale nie liczy się z wskazaniami przyczynowemi. A przyczyn, które spowodować mogą puchlinę nerek, jest legion cały: są wrodzone są i nabyte, są takie, które usunąć możemy, umiemy i powinniśmy, ale są i takie, wobec których stajemy bezradni i z pokorą wyrzec musimy „non possumes“. Tam gdzie przyczyną puchliny nerkowej są kamyki, zamykające ujście moczowodu, nacięcie nerki i wydobycie kamyków, a zatem przywrócenie drożności moczowodu czyni zadość wskazaniom bliższym i dalszym. Tam jednak, gdzie przyczyną puchliny nerki jest np. patologiczna jej ruchomość, dopiero wówczas powiedzieć możemy, żeśmy uczynili wszystko, cośmy powinni, gdy nietylko przez nacięcie nerki wypuścimy ciecz, względnie ropę, w nerce nagromadzoną, ale gdy przez jej przyszycie (*nephropexis*), zapobieżemy i na przyszłość warunkom, wśród których puchlina nerek wytworzyćby się mogła. Są jednak przypadki puchliny nerkowej, których przyczyny szukać musimy w rozległych np. bliznach, zaciskających światło moczowodu na tak długiej przestrzeni, że ani żadnym zabiegiem wytwórczym, ani wycięciem blizny, przyczyny tej usunąć nie potrafimy. Więc wobec każdego przypadku wodo- i roponercza, mając do wyboru nacięcie lub wycięcie nerki, powinniśmy o ile możności przed operacyą wykryć przyczynę puchliny, następnie stwierdzić zachowanie się sprawności drugiej nerki i wziąść w rachubę stan sił chorego. Ostatni czynnik w każdym przypadku rozstrzygać będzie, czy zaryzykować można pierwszorzędną nefrektomię, czy też wybrać wtórorzędną. Wreszcie już podczas samej operacyi, wśród innych względów, ilość i stan zachowanego jeszcze miąższu gruczołowego w nerce spowodować może przychylenie się nasze ku temu lub owemu zabiegowi operacyjnemu. Np. w przypadku, w którym przypuszczamy przed- i podczas operacyi, że przyczyna puchliny nerki leży gdzieś nizko w moczowodzie, lub z innego powodu jest niedosięgalną; dalej gdzie siły chorego są dobre i przed operacyą stwierdziliśmy na pewno, że nerka druga jest sprawną, a ilość tkanki gruczołowej w nerce naciętej jest nieznaczna, a i ta resztka najprawdopodobniej już zapalnie zmieniona, w takim przypadku zdaje mi się rzetelniejszą przyniesiemy korzyść schorzałemu ustrojowi, usuwając go odrazu z pod wpływu, w najlepszych warunkach miesiącami utrzymującego się ropienia z przetoki po nacięciu ropo- względnie wodonercza, ropienia, które właśnie jak najfatalniej wpłynąć może na drugą nerkę, narażając ją na niebezpieczeństwo skrobiawicy, aniżeli zachowując za każdą niejako cenę resztki tkanki, której wartość może być tylko urojoną.

W przypadkach ropni ograniczonych, bąblowca i torbiela nerki, uznać się musi za zasadniczo wskazane zabiegi oszczędzające (nacięcie ropnia, wyłuszczenie torbiela i t. d.). Tak jednak w tych przypadkach, jak i w przeważnej liczbie poprzedzających, na wybór zabiegu wpłynie głównie stan nerki, stwierdzony podczas operacyi. Kończąc te uwagi, raz jeszcze zaznaczam, że nacięcie nerki w tych wszystkich przypadkach jest zabiegiem zupełnie różnym od jej przecięcia, (*nephrotomia*) w ścisłem tego słowa znaczeniu (*sectio renis*).

Bardziej już na nazwę nefrotomii zasługuje zabieg, używany we wczesnych okresach kamicy nerkowej. Bywa, że jeden, jedyny kamyk, nawet nie duży, sprawia ogromne dolegliwości.

Polegając na dość wyraźnych objawach klinicznych, odsłaniamy nerkę, obluzowujemy ją, kamyka jednak obmacaniem wykryć nie możemy. Le Dentu zalecił w tych przypadkach t. zw. akupunkturę, tj. nakłówanie nerki cienką igiełką w różnych kierunkach, a dla przypadków, w których i to postępowanie do celu nie prowadzi, doradzał Lloyd jako metodę nacięcie dolnego bieguna nerki aż do miedniczki, następnie wprowadzenie przez ranę cienkiego zgłębnika metalowego i szukanie nim kamyków. Te jednak przypadki należą do rzadkich i wyjątkami pozostaną. Zwykle, poparci radyografią, przy dokładnem, bezpośredniem obmacaniu nerki wykazujemy kamyki w miedniczce względnie w miąższu nerkowym. Prawie wszyscy chirurdzy piszą się na to, aby kamyki wydostawać przez ranę w nerce. Nie przecinają

*) Już po oddaniu rozprawki tej do druku, pojawił się w »Deutsche med. Wochenschr.« Nr. 8 z r. 1902 artykuł Senatora p. t.: »Nierenkolik, Nierenblutung, Nephritis« omawiajacy krytycznie sprawę tu poruszoną i w sensie podobnym. W ślad za owym artykułem pospieszył J. Israel z odpowiedzią.

miedniczki, gdyż rany w niej trudniej się goją i często pozostają przetoki. Przyczyną tego zdaje się być to, że szycie w głębi jest trudne i niewygodne. Tymczasem mamy przykłady, że przebieg po takiej pyelolitotomii był idealnie gładki. Jeden z pierwszych w ten sposób operowanych przez Czernego chorych wygoił się przez rychłozrost. Następnie z własnego spostrzegania znany mi jest przypadek nacięcia miedniczki nerkowej lewej z będącego w mowie wskazania, wykonany przez R. Dw. Prof. Rydygiera w warunkach nader niekorzystnych, gdyż po przebytej sprawie zapalnej okołonerkowej, który mimo to po kilku tygodniach wygoił się bez przetoki. Tym podobnych przykładów zestawićby można nierównie więcej. Po opracowaniu i wyrobieniu odpowiedniej techniki nacięcia i szwu miedniczki, usunąćby się udało wiele trudności, a resztę usunęłaby wprawa osobista i zaufanie do tej operacyi. Wszakżeż wiele czasu upłynęło, zanim nauczyliśmy się zakładać dobry szew pęcherzowy! Doprowadziliśmy jednak do tego, że np. w klinice prof. Rydygiera na kilkadziesiąt operacyj na pęcherzu raz tylko widziałem przemijającą przetokę, która powstała skutkiem przepełnienia pęcherza moczem po zatkaniu się cewnika założonego komornem, czego wczas nie zauważono. Myślę, że czas i ponawiane próby doprowadzićby mogły wreszcie do tego, że w kamicy nerkowej typową operacyą stałaby się pyelotomia a nie *incisio renis*. Początek w tym kierunku zrobiony. Wszakżeż w wielu przypadkach początkującego wodonercza zalecają i wykonują z dobrymi wynikami rozmaite zabiegi wytwórcze na miedniczkach!

Prawdziwem jednak polem dla typowej nefrotomii (*sectio renis*) są przypadki nerko-bolów, krwawień „z nerek niezmienionych“ i niektóre sprawy zapalne. Rozczytując się w odpowiedniem piśmiennictwie, spostrzegamy, że nie nastąpiło tu jeszcze ostateczne porozumienie. Jedni rozdzielają te trzy sprawy i mówią o każdej z nich z osobna, drudzy natomiast starają się sprowadzić je do wspólnego mianownika i uważają tak rwę nerkową (*nephralgia*), jak i krwawienie z nerek (*haematuria sine materia*) za objawy przewlekłej sprawy zapalnej śródmiąższowej. Trzebaby mieć kolosalne doświadczenie i trzebaby odpowiednich chorych długi czas spostrzegać, aby módz coś stanowczego o tej sprawie powiedzieć. W ostatnich jednak czasach większość autorów francuskich i niemieckich oświadczyła się za podłożem zapalnem tych spraw, opierając się głównie na badaniu mikroskopowem. Takiemu poglądowi sprzeciwia się jednakowoż nader rozległe doświadczenie lekarzy chorób wewnętrznych, którzy ani w postaciach ostrych, ani też w przewlekłych zapaleń nerek, nie spostrzegają ani takich bólów, ani takich krwotoków, jakie opisują Le Dentu, Israel i inni. I nadodwrót: ci ostatni nie opisywali u swych chorych typowych objawów zapalenia nerek (*nephritis*), np. obrzęków, przerostu serca, zmian na siatkówkach i t. d. Wogóle trudno pogodzić doświadczenie jednych i drugich. W ostatnich czasach P. K. Pel oświadczył wyraźnie, że przypadki opisywane przez Harrissona, Israela i A. Poussona nie mają niemal nic wspólnego z zapaleniem nerek internistów i twierdzi, że przypadki te raczej pojmować należy jako początkowy okres kamicy nerkowej, gdzie nie ma jeszcze wyraźnych złogów, ale z moczu wypadają już, i to prawdopodobnie jeszcze w kanalikach ostre i twarde kryształki kwasu szczawiowego, które drażniąc i raniąc miąższ nerkowy, powodują bóle i krwawienie. Lecz znów przeciwko takiemu poglądowi przytoczyć można szereg badań drobnowidowych, dokonanych przeważnie przez Israela na skrawkach nerek, uzyskanych podczas nefrotomii. Na preparatach tych można było wykazać w sposób niewątpliwy ogniska zapalne w tkance kanalikowej, często rozprószone i nie pozostające w bezpośrednim związku ze sobą, a nigdy niema mowy o kryształkach, które byłby przecież zauważył w samej nerce lub osadzie z moczu. Mamy zatem więcej twierdzących wskazówek za tem, że w przypadkach t. z. rwy nerkowej (*nephralgia*) i krwawieniu z nerek (*haematuria sine materia*), tłem anatomicznem jest zapalenie nerek śródmiąższowe (*nephritis interstitialis dispersa*). Przyjmując narazie takie podłoże anatomiczne dla tych obrazów klinicznych streścić można myśl zasadniczą w ten sposób, że przecięcie nerki zalecają obecnie w ostrych i przewlekłych sprawach zapalnych nerek.

Mówiąc o sprawach zapalnych ostrych, odróżnić trzeba dwie postacie: 1) zapalenie nerki ropne prosówkowe („surgical kidney“) i 2) ostre zapalenie miąższowe. Z powodu pierwszego wskazania, o ile mi wiadomo, operował Israel i J. A. Korteweg, a ze źródeł dla mnie niedostępnych Dr ter. Braak zestawił 21 odpowiednich spostrzeżeń. W przypadkach tych, co do rokowania bardzo groźnych, gdyż niemal bezwzględnie śmiertelnych, bezpośredni wynik nacięcia nerki ma być dobrym. Nie wiadomo mi nic o wynikach trwałych. Kiedy się jednak zważy, jak groźnem cierpieniem jest ta „nerka chirurgiczna“ i jak bezskutecznem jest w tej postaci wszelkie inne leczenie, można się zgodzić w ostateczności i na ten sposób leczenia. Cierpienie to jednak przebiega zwykle tak szybko i wśród tak gwałtownych objawów, że rzadko chyba się nadarzy odpowiedni do *sectio renis* przypadek. Wskazania do zabiegu operacyjnego w ostrem miąższowem zapaleniu nerek (*nephritis parenchymatosa) acuta*, również są nader ograniczone. Ani bóle, ani krwawienia nie bywają tu takiemi, aby aż wymagały chirurgicznego wkroczenia. Interniści przeważnie sami sobie radzą skutecznie z tymi objawami. Chirurgowi odstąpią chyba te przypadki, w których wystąpi bezmocz, (*anuria*), nie ustępujący pod wpływem zwykłych w tych przypadkach leków. Lecz wówczas i chirurg grubo namyślać się będzie, czy warto u takiego prawie już straconego chorego cokolwiek przedsiębrać. Zdaje mi się, że wśród tych warunków operował jedynie Harrison w r. 1878 i to dzięki pomyłce, rozpoznał bowiem ropień nerki tam, gdzie było tylko ostre zapalenie po płonicy, połączone z bezmoczem. Przecięcie nerki dziwnym sposobem uwieńczonem zostało dobrym skutkiem.

Przecięcie nerki (*sectio renis*) w przewlekłych sprawach zapalnych, było nierównie częściej wykonane, oczywiście o ile zgodzimy się z Le Dentu'm, Albarranem, Israelem i A. Poussonem, że t. zw. „*haematuria sine materia*“ i „*nephralgia*“ nie są niczem innem, jak pewną odmianą zapalenia nerek śródmiąższowego (*nephritis interstitialis*).

Jakżeż sobie tłómaczą korzystny wpływ przecięcia nerki na te ostre i przewlekłe sprawy zapalne? Przez przecięcie nerki wyrównywujemy zaburzenia w krążeniu, powodujące „*congestion rénale*“ Guyona i jego szkoły, a raczej usuwamy gwałtowne przekrwienie, które już to powoduje bezmocz, już też bóle gwałtowne (kolkę) i krwotoki. A ponieważ pomiędzy oboma nerkami istnieje ścisły wzajemny związek, uwarunkowany materyalnem pośrednictwem nerwów naczynio-ruchowych, zwią-

zek, zaznaczający się głównie tem, że zdrowa nerka zastępuje w pracy częściowo lub całkowicie nerkę chorą, więc też to, co dobrem jest dla jednej nerki, musi być tem samem dobre i dla drugiej, czyli nawet wobec obustronnego schorzenia nerek przecięcie nerki *(nephrotomia)*, wykonane po jednej stronie, wpływa korzystnie i na nerkę drugą.

Pomijając przypadki prosówkowego zapalenia ropnego nerek, w których przecięcie nerki może być zabiegiem zupełnie na miejscu, boć tam nie wiele mamy do stracenia, zastanowić się warto, czy w tych innych, zwyklejszych i częstszych przypadkach zapalenia nerek przewlekłego i ostrego przecięcie nerki jest zabiegiem celowo obmyślanym? Przedewszystkiem odczytując odpowiednie historye chorób, przeważnie odnosi się to wrażenie, że najczęściej przecinano nerki dzięki tylko niepewnemu rozpoznaniu. Właściwe rozpoznanie stawiano po operacyi, którą początkowo uważano za chybioną. Dopiero nieoczekiwany wcale wynik pomyślny, zaznaczam wyraźnie, że nie we wszystkich przypadkach — zastanawiał i zachęcał do stawiania przypuszczeń i teoryj, mających wytłómaczyć taki wynik. A zatem przecięcie nerki w przypadkach ostrego i przewlekłego zapalenia nerek, to surowa empirya, zbudowana na bardzo niepewnym fundamencie, bo pomyłek rozpoznawczych. Przecięcie nerki w tych ostatnich przypadkach działać ma korzystnie przez to, że znosi ową *congestion rénale* i pozwala, że przeładowana wytworami toksycznymi limfa znachodzi ujście na zewnątrz. To jest wpływ chwilowy. Uzdrawiający zaś wpływ późniejszy warunkuje się zrostami, jakie tworzą się między naciętą nerką a otoczeniem, w zrostach zaś wytwarza się sieć naczyń żylnych, która przeszkadzać ma temu, aby w nerce krew zalegała.

Przeciwko jednak takiemu upozorowaniu korzyści z przecięcia nerki w jej sprawach zapalnych podnieść można następujące zarzuty. Praktyka i to już bardzo dawna wykazała, że obfite upusty krwi z naczyń żylnych obwodowych (np. z żyły odłokciowej) bardzo dobre (chwilowo oczywiście) oddają usługi w pewnych okresach tego cierpienia np. w napadach mocznicy. Przecięcie nerki zaś w pierwszej chwili jest głównie takim bardzo obfitym upustem krwi. Zdaje mi się przeto, że w tym jednym kierunku zastąpićby go mogło dawne „puszczanie krwi“. Późniejsza zaś wartość przecięcia nerki wydaje mi się również wątpliwą. Żaden z autorów nie wypowiedział nawet przypuszczenia, co jest zresztą łatwem do pojęcia, że przecięcie nerki może działać lecząco na samo podstawowe cierpienie, t. j. sprawą zapalną. Zabieg ten działa jedynie kojąco na owe dwa głównie dolegliwe objawy, t. j. ból i krwotoki. Z dawniejszych czasów mamy przekazane, że nakłówanie błony białej jądra *(tunica albuginea)* w ostrem przemijającem zapaleniu jąder działa kojąco. I to ma być skutek zrostów torebki z otoczeniem. Zgódźmy się, że tak jest. Lecz w takim razie pocóż wystawiać na próbę wytrzymałość miąższu gruczołowego i przecinać go, kiedy wystarczyłoby przecięcie samej torebki włóknistej, lub co najwyżej złuszczenie jej na jednej np. półkuli. Gdyż po przecięciu nerki bez względu na to, czy ją bezpośrednio po operacyi zeszyjemy, jak to jest regułą, czy też idąc za radą J. Israela, pomiędzy rozpłatane połowy nerki włożymy seton (w przypadkach bezmoczu, w zapaleniu nawet gwałtownem), zrosty, jakie w końcu się potworzą, sięgać będą tylko od powierzchni nerki w sąsiedztwo i po nich to tworzyć się mają następowe anastomozy pomiędzy żyłami gwiazdkowatemi torebki *(venae stellatae)* a żyłami w otoczeniu. I wszystkim autorom chodzi właśnie o te anastomozy. A przecież i po nacięciu torebki wytworzą się takie samie zrosty, a po złuszczeniu torebki na jednej połowie, lub też na jej części, zrosty owe, a tem samem i anastomozy, mogą być nierównie liczniejsze i wydatniejsze. Liczne zaś przypadki przyszywania nerki wędrującej, długo przez różnych autorów obserwowane, wykazują, że takie złuszczenie torebki włóknistej z nerki nie pociąga za sobą wybitnie złych następstw.

Na poparcie takiego wnioskowania przytoczyć można z piśmiennictwa szereg przykładów wykazujących, że czasami wystarczały właśnie takie zabiegi, znacznie mniejsze i łagodniejsze od przecięcia nerki, dla osiągnięcia takiego samego skutku. Doświadczeni i na zupełną wiarę zasługujący chirurdzy i urolodzy: Broca, Albarran, Legueu, Andersen, kiedy przekonali się w kilku przypadkach po odsłonięciu nerki o braku zmian anatomicznych, któreby tłómaczyły istniejące bóle i krwotoki, nic nie poczynając na nerce, odprowadzili ją na dawne miejsce i ranę zeszyli, poczem i bóle i krwawienia ustały. Również bardzo dobre wyniki, bynajmniej nie gorsze od wyników Harrisona, Israela, Poussona i innych chirurgów, wykonujących przecięcie nerek, osiągnęli w przypadkach *„nephralgii“* i *„haematuriae sine materia“* Tollet, Le Dentu, O. Lambret przez t. zw. *„nephrodéliberation“*, tj. nacięcie wzdłuż równika torebki włóknistej nerki nożem lub żegadłem Pacquelina. Również wiele do myślenia dają spostrzeżenia takie, jak Passeta, który w przypadku zagadkowych krwotoków z nerki otworzył pęcherz cięciem nadłonowem, stwierdził naocznie, że krew wypływała z prawego moczowodu, pęcherz zaszył i krwawienie z nerki ustało. O analogicznym przypadku doniesiono z kliniki Guyona, w którym jednorazowe przepłókanie pęcherza wystarczyło do zupełnego uleczenia chorego z krwawienia i rwy nerkowej. Wreszcie nie jest odosobnionem i pojedynczem spostrzeżenie Klemperera, który terapią wewnętrzną i psychiczną wyleczył jeden taki przypadek.

Więc kiedy się rozgląda w tej kazuistyce z pewną dozą krytyki, mimowoli przypomina się zapytująco znane przysłowie *„propter hoc“?* czy tylko *„post hoc“?* Nie czuję się powołanym do stanowczego rozwikływania tych wątpliwości; zdaje mi się jednak, że przecięcie nerki *(sectio renis)* w typowych przypadkach rwy nerkowej *(nephralgia)* i krwawienia z nerek niezmienionych jest 1) najprawdopodobniej zabiegiem zbytecznym, a po 2-ie szkodliwym i to w pierwszej linii dla samego narządu co staram się udowodnić poniżej.

Jedynie w przypadkach *„surgical kidney“* i bezmoczu *(anuria)* w groźnej i uporczywej formie na tle ostrego miąższowego zapalenia nerek, przecięcie nerek wydaje mi się usprawiedliwionem, może nawet korzystnem. Opierając się zaś na zjawisku wzajemnego wpływu nerek na siebie i z tych nawet wskazań, jakkolwiek cierpienie zajmuje obie nerki, wystarczy przecięcie jednej, w danym razie tej, która sprawia większe dolegliwości. Skądinąd bowiem wiemy, że równoczesne nacięcie obu nerek *samo przez się* jest zabiegiem nader groźnym. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Czerny i Keller. **Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** (Część I. II. Lipsk i Wiedeń 1901. Deuticke).

W podręczniku, którego dwa pierwsze zeszyty wyszły z druku. Czerny i Keller postanowili przedstawić całokształt obecnego stanu nauki o odżywianiu dzieci. Już z tych pierwszych zeszytów przekonać się można, że zakres dzieła jest obszerny i że ma ono wyczerpać cały przedmiot ze stanowiska teoretycznego i praktycznego. Autorowie podają nietylko własne badania i doswiadczenia, lecz w rozbiorze krytycznym odwołują się do piśmiennictwa i na podstawie jego dochodzą do wniosków, oddzielających badania udowodnione od tych, które są tylko prostem przypuszczeniem. Dzieło to przeznaczone dla lekarzy, zajmujących się naukowo omawianym przedmiotem, jak również dla ogółu lekarzy praktycznych, jest w sposób bardzo odpowiedni podzielone na rozdziały, bądź traktujące o odżywianiu dziecka ze stanowiska teoryi, bądź też zajmujące się tylko jego stroną praktyczną; a niepomierną jego zasługą będzie, że pobudzi niewątpliwie wielu badaczy do dalszej pracy w wielu kierunkach. Zeszyt pierwszy i drugi poświęcone są sprawie odżywiania dziecka zdrowego i znajdujemy tu w pierwszych rozdziałach wyczerpujące omówienie karmienia noworodka w pierwszym dniu życia, jakoteż wyboru pokarmu na dalszy okres i wyboru mamek. Dalsze rozdziały poświęcone anatomii i fizyologii przewodu pokarmowego, składowi chemicznemu płodu i noworodka, technice badania przemiany materyi u dziecka, smólce, białkomoczowi i zawałowi moczanowemu u noworodka. W dalszym ciągu omawiają autorowie zachowanie się moczu i stolca, chłonienie, jak również losy pokarmu w jelitach dziecka i wzrost ciała dziecka w pierwszym roku życia.

Jeżeli dalsze zeszyty będą opracowane w tym samym duchu, to możemy śmiało twierdzić, że dzieło to będzie jednem z najznakomitszych z zakresu pedyatryi, jakie się w ostatnich kilkunastu latach pojawiło.

Dr. Jessner's. **Dermatologische Vorträge für Praktiker.** *Heft 1. Würzburg. A. Stuber's Verlag 1902.* **Łysienie — jego przyczyny i leczenie.**

Rozmaite rodzaje łysienia przedstawia Jessner w pięciu rozdziałach. Pierwszy obejmuje łysienie wrodzone, starcze i przedwczesne. Co do wrodzonego, to albo po wypadnięciu włosów płodowych nowe nie wyrastają, albo też — i to bywa częściej — zbywa już nawet na uwłosieniu u płodu, przyczem brak ten może pozostać na całe życie. Łysina wrodzona może obejmować całą głowę, lub tylko niektóre miejsca, może być trwałą lub przejściową. Łysienie starcze uważać należy za sprawę fizyologiczną, za objaw starzenia się i między niem i łysieniem przedwczesnem granicy oznaczyć nie można, gdyż różne warunki i różny tryb życia powodują wcześniejsze lub późniejsze starzenie się. Dziedziczność gra tu wybitną rolę. Łysienie przedwczesne nie jest tak częstem, jak to powszechnie utrzymują, a przy bacznem badaniu można często wykazać, że łysina jest innej natury, przeważnie łojotokowej. Drugi rozdział traktuje o łysieniu łojotokowem *(alopecia seborrhoica)*. Łojotok stanowi bez wątpienia najczęstszą przyczynę łysienia, które tu może występować w postaci przewlekłej i rozlanej lub ostrej, względnie podostrej, ograniczonej. Łojotok na głowie właściwie niczem się nie zdradza, gdyż nie daje żadnych przykrych uczuć, a łupież powszechnie uważany bywa za rzecz niewinną; dopiero masowe wypadanie włosów zwraca uwagę chorego, gdy cierpienie zaszło już daleko. Łysienie ostre charakteryzuje się objawami zapalnymi skóry, ograniczonem rozprzestrzenieniem i szybkim przebiegiem, — właściwie jest to wyprysk łojotokowy. Pozostawiając sprawę drobnoustrojowego pochodzenia łysienia otwartą, Jessner wskazuje jako czynniki usposabiające, zaburzenia w trawieniu, nawykowe zaparcie stolca, nieracyonalne żywienie, spaczony tryb życia i t. d. W początkach choroby rokowanie o tyle jest niezłe, że można zapobiedz dalszemu łysieniu. Najważniejszą rolę w zapobieganiu i leczeniu posiada metodyczne zmywanie głowy wyskokiem mydlanym *(sapon. kalini 130·00, tinct. benzoës 2.00, spiritus ad 200·00)*; postępować przytem należy tak: natrzeć włosy małą ilością spirytusu za pomocą kawałka flaneli, a potem zmyć gorącą wedą. Ma to na celu oczyszczenie włosów i skóry z łupieżu i pokładów łoju. Następnie dążyć należy do powstrzymania nadmiernego wytwarzania się łoju za pomocą siarki, rezorcyny, ichtyolu, kwasu salicylowego, taniny i chloralu w postaci maści i nacierań. W razie objawów zapalnych na skórze trzeba przedewszystkiem złagodzić je w odpowiedni sposób, a potem leczyć jak wyżej.

W trzecim rozdziale mówi Jessner o łysinie plackowatej *(alopecia areata)*. Cierpienie to występuje nagle, przebiega szybko, ogniska chorobowe mają kolistą postać, a na skórze nie znajdujemy żadnych objawów podrażnienia. Cierpienie to może występować i na innych owłosionych częściach ciała. Spostrzeżenia kliniczne przemawiają za tłem pasorzytniczem *area Celsi*, nie brak jednak objawów, przemawiających za tłem nerwów odżywczych. Rokowanie jest bardzo niepewne. Leczenie polega na usuwaniu włosów na łysych miejscach i w ich otoczeniu, następnie na gruntownem myciu wodą z mydłem i stosowaniu chrysarobiny w 5—10% maści. Faradyzacya, mięsienie również nie są bez znaczenia, wreszcie stosują z powodzeniem naświetlanie elektryczne i Roentgena.

W czwartym rozdziale zastanawia się autor nad łysieniem przyrody grzybkowej *(alopecia mycotica)*. Powstaje ono w następstwie chorób skórnych grzybkowych, jako *alopecia trichophytica (Herpes tonsurans capillitii)* i jako *alopecia favosa (Favus capillitii)*. Po usunięciu włosów w ogniskach chorych i dookoła nich, wymyciu mydłem i wysuszeniu stosuje się nalewkę jodową, chrysarobinę, ichtyol, maść Wilkinsona itd. W ostatnich czasach przy łysieniu strupieniowem *(al. favosa)* Hodara stosował wszczepianie włosów z pewnem powodzeniem.

Łysienie objawowe stanowi treść rozdziału piątego. Powstaje wskutek spraw niszczących skórę, a więc po urazach, wrzodach kiłowych, gruźliczych, wilkowych i t. d., dalej wskutek ogólnych chorób zakaźnych, zwłaszcza duru, róży, kiły, następnie obrzęku śluzakowego i t. d.

Na zakończenie Jessner upomina, że cierpliwość w stosowaniu leczenia ma większe znaczenie, niż wybór środków leczniczych. *Z. Czaplicki.*

V. Wyciągi.

F. Umber. **Pentozurya.** (*Die Therapie der Gegenwart* Nr. I, 1902). Istotą pentozuryi jest nieprawidłowość w przemianie materyi, polegająca na wydzielaniu z moczem cukrów o pięciu atomach węgla, t. zw. pentoz, które przy badaniu moczu dają podobne oddziaływania, jak cukier. Obecność pentoz ($C_5 H_{10} O_5$) w świecie roślinnym znaną była dawno dzięki badaniom Kilianiego i Tollensa. W moczu ludzkim wykrył je i udowodnił niespołna 10 lat temu Salkowski, otrzymawszy połączenie w stanie czystym, o punkcie topliwości 159°. Roztwory pentoz redukują tak samo, jak heksozy, alkaliczny roztwór tlenku miedziowego podczas gotowania, dają zatem dodatnie oddziaływanie Trommera, Fehlinga i Nylandera. Odczyn z tlenkiem miedziowym występuje o tyle odmiennie, że dopiero po dłuższem gotowaniu zjawia się nagle. Tak pentozy, jak i heksozy dają z fenylohidrazyną w roztworze octowym cytrynowo żółte igiełki ozazonu, różniące się tylko punktem topliwości, który dla pentozazonów wynosi 159—160° C., a dla glikozazonów 204°, oraz rozpuszczalnością, gdyż tylko pierwsze są łatwiej rozpuszczalne w wodzie gorącej. Cukier gronowy ulega łatwo fermentacyi pod wpływem drożdży, pentozy tylko przy obecności pewnych jeszcze bakteryj.

Charakterystycznym dla pentoz jest odczyn Tollensa, polegający na powstawaniu czerwonego barwika przy gotowaniu pentoz z floroglucyną i HCl. Barwik ten, dający się wyciągnąć alkoholem amylowym, daje charakterystyczne smugi widmowe. W podobny sposób z orcyną otrzymuje się zabarwienie zielone. Pentoza w moczu się znachodząca jest optycznie nieczynną racemiczną arabinozą. O pojawianiu się jej w moczu wiemy bardzo mało. Dotychczas opisano pięć przypadków czystej pentozuryi; Kulz zaś i Vogel bardzo zawiłą drogą wykazali w 10-ciu przypadkach ciężkiej cukrzycy zawsze obecność pentozy. Rozliczne badania źródła tworzenia się pentoz nie doprowadziły do pożądanego wyjaśnienia. Nie pochodzą one ani z pokarmów roślinnych, ani nie są następstwem rozkładu w jelitach, ani rozpadu nukleoproteidów, ani wreszcie węglowodanów. Pozostaje jedynie przypuszczenie, że pentozy powstają w ustroju drogą syntetyczną (?).

Kliniczny obraz pentozuryi dużo pozostawia do życzenia. Wszyscy pentozurycy uważani byli początkowo za chorych na cukrzycę i dopiero chemiczne dokładne badanie moczu wykazało pentozy. Jedynem podobieństwem jest, że obydwa mocze mają własności redukujące, a z fenylohidrazyną tworzą ozazony. Pentozuryk jednak, o ile zarazem nie jest dyabetykiem, niema wcale upośledzonej zdolności utlenienia węglowodanów, nerki jego są dla cukru gronowego nie przepuszczalne, a pod wpływem florydzyny wydzielają obydwa gatunki cukru. Krew jego ma tę samą ilość cukru, co krew człowieka zdrowego. Zresztą mocz pentozuryka ani pod względem składu, ani ilości nie różni się od prawidłowego. Symptomatologia kliniczna również nie jest charakterystyczną. Usposobienie neuropatyczne zdaje się odgrywać pewną rolę. Przypadek Mayera cechował się bólami krzyżów, głowy, zawrotami i uczuciem znużenia. Wszystkie te jednak objawy nie są dla pentozuryi charakterystyczne.

Rozpoznanie możliwe tylko przez ścisłe badanie moczu. Podejrzenie wzbudzić winna okoliczność, jeśli mocz po sfermentowaniu jeszcze redukuje. Dalszą cechą odróżniającą jest rozpuszczalność i punkt topienia ozazonów. Dobry dosyć sposób oryentacyjny ma dawać próba orcynowa. Wykonywa się ją w ten sposób, że się ogrzewa mocz z równą ilością HCl dymiącego i ziarenkiem orcyny. Występuje przelotne zabarwienie czerwone lub fioletowe, zależne od ilości pentozy. Mocz się ostudza, a następnie dolewa alkoholu amylowego i lekko kłóci. Barwik przechodzi do alkoholu i wkrótce zmienia barwę od jasno- do ciemno-zielonej, dającej w widmie słonecznem wyraźną smugę między D i E i drugą słabą około widma czerwonego. Mocz odbarwiony węglem zwierzęcym daje reakcyę bardzo pięknie. Próba ta jest lepsza, jak z floroglucyną, bo nie tak łatwo zakłóca ją kwas glikuronowy. Nie należy jednak gotować za długo. Jest to próba tak czuła, że mocz kilkakrotnie przez bibułę sączony już ją dać może, należy więc w razie potrzeby mocz taki sączyć przez watę szklaną lub asbest. Jeśli więc próba orcynowa wypada ujemnie, to na pewno pentozy niema; jeśli dodatnio, to mógł ją dać także (gdy za długo z HCl. gotowano) kwas glikuronowy. Wtenczas najprostszym z podanych jest sposób Külza i Vogla do odróżnienia i wykazania pentozy, polegający na przyrządzeniu z kwasem octowym i fenylhidrazyną gęstwy ozazonowej, z której wodą o 60° wyciąga się pentozozazon.

Rokowanie co do życia jest dobre. Leczenie jest dotąd bezsilne, a dotychczasowe wyniki badań tyle tylko wskazują, że jakaś dyeta osobliwa jest bezcelowa. Wzmocnienie ogólnego odżywienia i usunięcie przypadów neurastenicznych poprawiają stan chorego. Społecznie ważnem jest to zboczenie przemiany materyi o tyle, że lekarz łatwo może wziąść człowieka pentozuryą dotkniętego za dyabetyka i pozbawić możności ubezpieczenia na życie.

Dr. Flis (Kr. kl. ch. w.).

Ernst Bendix. **O cukrzycy pokarmowej po narkozie.** (*Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 6). Autor zdaje pokrótce sprawę ze swych doświadczeń, mających za cel stwierdzenie wpływu uśpienia chloroformowego na spalenie cukru w ustroju. Pochop do badań dały spostrzeżenia kliniczne, wykazujące, że po rękoczynach, wykonanych w uśpieniu chloroformowem, pojawia się niekiedy w moczu operowanych cukier, zwłaszcza zaś spostrzeżenie Ebsteina, dotyczące chorego na moczówkę cukrową, u którego przy stosownej dyecie znakomicie spadła ilość wydzielanego cukru, po operacyi zaś przepukliny pępkowej, wykonanej w uśpieniu chloroformowem, podniosła się na nowo i przekroczyła nawet znacznie ilość pierwotną.

Doświadczenia wykonywano na psach. Wykazały one, że uśpienie chloroformowe same przez się nie powoduje cukromoczu, że jednak wywołać go łatwo, jeśli zwierzę otrzyma pewną ilość roztworu cukru gronowego. Wpływu narkozy dowodzi dostatecznie ta okoliczność, że zwierzę nie uśpione spala zupełnie prawidłowo wprowadzoną ilość cukru. Tłómacząc powstawanie cukromoczu, powołuje się autor na zdanie Ebsteina, który chloroformowi przypisuje wpływ trujący na pierwoszcze komórek. Następstwem zatrucia jest zmniejszenie t. zw. oddechania wewnętrznego, zmniejszenie zdolności przyswajania tlenu, wytwarzania i wydzielania kwasu węglowego.

L. K. (Kr. kl. ch. w.).

Rencki. **Znaczenie rozpoznawcze mikroskopowego badania krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej.** (*Arch. für Verdauungskrankheiten* Bd. VII, H. 3, 4, 5. *Pamiętnik jubileuszowy prof. E. Korczyńskiego*). W przebiegu nowotworów żołądka spotykał autor stale mniejszy lub większy ubytek ilości ciałek czerwonych. Zazwyczaj pojawiały się dość licznie mikro- i poikilocyty, oraz ciałka barwiące się polichromatycznie; ciałka jądrzaste spotykano tylko w ciężkich przypadkach. Zmniejszenie ilości hemoglobiny bywało znaczniejsze, aniżeli ubytek ilości ciałek czerwonych.

W przebiegu wrzodu żołądka wykazuje badanie krwi bardzo często prawidłowe, a nawet nieco większe ilości ciałek czerwonych. W mniejszości przypadków pojawiają się mikro- i poikilocyty, jeszcze rzadziej ciałka jądrzaste. Po obfitych krwotokach stwierdzono w jednem spostrzeżeniu zmniejszenie się ilości ciałek do 1·3 mil. hemoglobiny do 19%, oraz pojawienie się megaloblastów z jądrem wielorakich kształtów.

Wynikom badań krwi we wzmiankowanych chorobach nie przypisuje autor większego znaczenia rozpoznawczego dla rozróżnienia nowotworu od wrzodu i na odwrót. Badania te ułatwić mogą tylko rozpoznanie postaci niedokrewności jako takiej rozstrzygnąć, czy niedokrewność zależy od nowotworu, czy od innego rodzaju schorzenia żołądka, względnie jelit. W przypadkach, w których liczba ciałek czerwonych przekracza 2 mil., a ilość hemoglobiny jest uderzająco niska, przyjmować można z pewnem prawdopodobieństwem, że niedokrewność jest następstwem nowotworu. Żadnych natomiast wniosków rozpoznawczych nie można wysnuwać z ilości ciałek białych. Pojawianie się hiperleukocytozy trawiennej zależy wyłącznie tylko od prawidłowej czynności odźwiernika i jelit; przyroda anatomiczna cierpienia niema najmniejszego znaczenia. To też z pojawiania się lub z braku leukocytozy trawiennej nie można wnosić ani o wrzodzie, ani o nowotworze żołądka. *L. K.* (Kr. kl. ch. w.).

V. Mieczkowski. **Próby odkażania w jelicie cienkiem.** (*Ref. Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 6). Czysty sok jelitowy nie posiada własności bakteryobójczych. Wybitny wpływ na drobnoustroje w jelitach wywiera mentol w znacznych dawkach, tannopina działa słabo, itrol i bismut nie działają w tym kierunku zupełnie. *L. K.* (Kr. kl. ch. w.).

Iwanow. **Wpływ trucizn na ustrój w zależności od stanu układu nerwowego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1901). Autor wykonał w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa szereg bardzo pouczających doświadczeń w celu wyjaśnienia związku między stanem układu nerwowego a działaniem substancyj trujących. Dla doświadczeń posłużył się przeważnie żabami i królikami. Zaburzenia w układzie nerwowym wywoływał przez przecięcie nerwów, oraz elektrycznem lub chemicznem drażnieniem układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego. Z substancyj trujących J. wybrał dla doświadczeń kurarę, strychninę i pikrotyksynę. Najpierw więc J. wprowadzał do grzbietowego worka chłonnego żab kurarę i natychmiast u jednej żaby podrażniał nerw kulszowy prądem przerywanym, drugą zaś zostawiał dla kontroli. Okazało się, że drażnienie nerwu kulszowego prądem przerywanym przyspiesza działanie kurary na ustrój; takiż wpływ ma i poprzednie drażnienie, oraz przecięcie nerwu i splotu kulszowego przed zatruciem żab kurarą. Drażnienie skóry roztworem Türcka przyspiesza także działanie kurary. Doświadczenia ze strychniną były przeprowadzone w następujący sposób: autor przykładał elektrody na dwa końce rdzenia pacierzowego, a dla drażnienia używał najsłabszego prądu, który wywoływał skurcz mięśni kończyn; u żaby kontrolnej drażnienia nie stosował; następnie obydwom żabom wprowadzał podskórnie jednakową dawkę siarkanu strychniny. Okazało się, że drażnienie rdzenia kręgowego, oraz włókien czuciowych splotu kulszowego prądem przerywanym ma wpływ tamujący na działanie strychniny, a nawet znosi tężec strychninowy. Prądy o wysokiem napięciu i częstej przemianie (prądy Tesla-d'Arsonvala) odwrotnie przyspieszają działanie strychniny, jeśli strychnina została wprowadzoną jednocześnie z początkiem przepuszczania prądów; jeśli zaś prąd przepuszcza się przed zatruciem strychniną, to działanie strychniny występuje później i kurcze przybierają inne cechy. Przecięcie nerwu kulszowego ma wpływ tamujący na zatrucie weratryną i strychniną. Doświadczenia z pikrotoksyną J. przeprowadził w ten sposób, że jedną elektrodę wprowadzał pod rdzeń przedłużony, drugą zaś u końca rdzenia kręgowego i przepuszczał prąd stały, zastrzykując jednocześnie niektórym żabom do grzbieto-

wego worka chłonnego pikrotoksynę. Doświadczenia te wykazały, że przepuszczanie przez rdzeń prądu stałego zatrzymuje działanie pikrotoksyny. Wreszcie przeprowadził J. kilka doświadczeń dla oznaczenia wpływu układu nerwowego na stany zapalne: u królika autor odpreparowywał obydwa nerwy spółczulne na uszach i drażnił jeden z nich słabym prądem przerywanym w ciągu 20 minut; potem zaszywał ranę i po upływie 2—3 godzin zanurzał na trzy minuty uszy do wody, ogrzanej do 54° C. Okazało się, że poprzednie słabe drażnienie nerwu prądem przerywanym wywiera wpływ wzmagający na sprawą zapalną. Na podstawie tych wszystkich doświadczeń przychodzi J. do wniosku, że stan układu nerwowego wywiera ogromny wpływ na działanie substancyj trujących i w ten sposób stwierdza doniosły fakt biologiczny udziału układu nerwowego w życiu ustrojowem. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

J. Lintwarew. **Wpływ warunków fizyologicznych na stan i ilość zaczynów w soku trzustkowym.** (*Rozprawa na stopień Dra medycyny.* Petersburg, 1901). Zaczyn białkowy trzustki przedstawia się, jak wiadomo, w dwóch postaciach: w postaci zymogenu i czynnej trypsyny. Już Szepowalenko dowiódł, że sok jelitowy, zawierający zaczyn, nazwany przez niego kinazą, wzmaga działanie soku trzustkowego. Nasuwała się myśl, że podobny wpływ kinazy wykonuje się przez przejście zymogenu w stan czynnej trypsyny. Dla rozstrzygnięcia tego pytania Lintwarew brał sok trzustkowy z założonej u psa t. zw. ostrej przetoki trzustkowej, więc sok bardzo mało czynny. Pod wpływem soku jelitowego ten sok trzustkowy stawał się w wysokim stopniu czynnym wskutek przejścia zymogenu w trypsynę. Toż samo L. stwierdził i w warunkach fizyologicznych, poddając badaniu sok trzustkowy, otrzymany po karmieniu psa wyłącznie mięsem, lub chlebem z mlekiem. Przy karmieniu mięsem sok trzustkowy wydziela się bardzo czynny; dodanie soku jelitowego nietylko nie wzmaga jego działania, lecz nawet obniża; oczywiście mamy tu do czynienia z wydzieliną odrazu soku z czynną trypsyną, lecz nie bez zymogenu; własności tego soku trawiące białko wzmagają się przy dodaniu żółci. Przy karmieniu psa mlekiem z chlebem odwrotnie wydziela się sok o cechach zymogenu, więc bierny względem białkanów; dodając do niego soku jelitowego, przetwarzamy zymogen w trypsynę i podnosimy przez to znacznie działanie soku na białkany; żółć przeciwnie obniża tę własność soku trzustkowego, podnosząc ją znacznie tylko w razie zniszczenia trypsyny przez ogrzewanie soku. Z tych badań wynika, że trzustka wytwarza sok już to z protrypsyną (zymogenem), już to z trypsyną. Jeśli w pokarmie zawiera się wiele białkanów, to sok wydziela się czynny z obfitą ilością już gotowej trypsyny; jeśli zaś pokarm składa się przeważnie ze skrobi i tłuszczów, to sok jest bierny i zawiera zymogen. Przeciwnie rzecz się ma z zaczynem diastazy; ten ostatni wydziela się zawsze niezależnie od rodzaju pokarmu w postaci amylopsyny, względna ilość jego jest odwrotnie proporcyonalną do szybkości wydzielania się soku. Wreszcie zaczyn tłuszczowy soku trzustkowego wydziela się przy pokarmie węglowodanowo-tłuszczowym zawsze w postaci zymogenu, który przechodzi w stan czynny (oleopsynę) pod wpływem soku jelitowego i żółci; ilość jego zawsze przewyższa ilość zaczynu tłuszczowego przy pokarmie białkowym. Przy wyłącznym zaś pokarmie białkowym ani żółć, ani sok jelitowy nie zmieniają siły zaczynu tłuszczowego, co wskazuje, że trzustka w razie pokarmu białkowego wydziela zaczyn tłuszczowy odrazu w postaci oleopsyny. *Witold Orłowski* (Ptbg.)

Hertel. **Przyczynek do nauki o stwardnieniu naczyń środkowych oka.** (*Graef. Archiv f. Opht.* T. 52, 1901). Autor badał anatomicznie kilkanaście gałek ludzi starszych z typowem stwardnieniem naczyń obwodowych, przyczem doszedł do następujących wyników: obecność wielkiej ilości włókien elastycznych, które u ludzi z typowem stwardnieniem naczyń się napotyka, jest objawem, który znachodzi się także u ludzi prawidłowych. Proces ten rozpoczyna się już w wieku młodzieńczym, bez względu, czy stwardnienie naczyń się wytworzyło, czy nie. Natomiast u ludzi z stwardnieniem naczyń znajdują się zgrubienia już to wysepkowate, już to więcej rozlane w wewnętrznej błonie, przyczem tętnice więcej są zmienione, niż żyły. Zmiany te widoczniejsze są w naczyniach środkowych; naczynia siatkówkowe zmian tych nie okazywały. Zgrubienia te są stanowczo pochodzenia zapalnego o bardzo przewlekłym przebiegu, zatem to samo, co się i w innych częściach ustroju spotyka. Zgrubienia te mogą doprowadzić wreszcie do zupełnego zamknięcia światła naczynia. Mimo zmian, napotykanych pod drobnowidem, dna oczu, badane za życia, tak dalece zmian wziernikowych nie okazywały, a i bystrość wzroku była prawidłową — czyli innemi słowy badanie wziernikowe nie pozwala nic powiedzieć o budowie ścian naczyń, jeśli zmiany nie są bardzo daleko posunięte. Jest to rzeczą ważną; bo nie można wtedy nic powiedzieć, jak się zachowują naczynia mózgowe; a wniosek wtedy tylko jest usprawiedliwiony, gdy są zmiany w dnie oka. Autor bowiem, badając naczynia mózgowe, znalazł w nich znaczne zmiany, pochodzące ze stwardnienia, nie znajdując ich równocześnie w naczyniach siatkówkowych wcale. Zdanie to samo wypowiedział swego czasu Uhthoff o zapaleniu żył na tle kiłowem. *Dr. Brudzewski.*

Voigt. **Zastosowanie balonu Brauna (kolpeuryntera) do pochwy w celach położniczych.** (*Archiv f. Gynäc.* tom 66. 1902, Z. 1). Opierając się na doświadczeniu, nabytem przy stosowaniu tego przyrządu w 510 przypadkach, podnosi autor nieocenione usługi przy odpowiedniem użyciu go. Warunki dla osiągnięcia skutecznego wyniku są: 1) czystość samego balonu przez dokładne mycie i szczotkowanie gorącą wodą i mydłem 5%, — a następnie sublimatem również 5%; pochwę należy przestrzykać słabym rozczynem sublimatu; 2) odpowiedni dobór balonu, który po wypełnieniu powinien być elastyczno-twardy i przylegać ściśle do ścian pochwy; 3) obecność cechujących bólów porodowych, choćby nawet słabych, jako oznaka rozpoczętej czynności porodowej; 4) brak bliznowatych zwężeń części pochwowej. Zastosowywano balon: 1) w przypadkach ścieśnienia miednicy w celu utrzymania pęcherza płodowego i uchronienia od przedwczesnego pęknięcia; 2) jeżeli zaś pękł przedwcześnie, to w celu utrzymania resztek wód płodowych; 3) w zamiarze wzmocnienia bólów porodowych (nie wywołania), jeżeli te osłabły wskutek długotrwałej czynności porodowej i w celu przygotowania części miękkich, np. u starych pierwiastek. W przypadkach, w których mimoto poród powoli tylko lub wcale nie postępował, zastosowanie balonu Brauna stwarzało szybko warunki do operacyjnego ukończenia porodu. Następnie stosowano balon przy położeniach poprzecznych płodu. Prawie zawsze udało się w ten sposób utrzymać pęcherz płodowy aż do zupełnego rozwarcia ujścia macicznego i wykonać obrót wśród najkorzystniejszych warunków. Przy drgawkach porodowych (eklampsyi) stosowano go głównie dla wzmocnienia bólów porodowych i przygotowania części miękkich w celu szybkiego ukończenia porodu. W przypadkach łożyska przodującego stosowano go celem tamponowania pochwy i wzmocnienia bólów porodowych. Przytem zauważono, że tamponowanie zapomocą gazy jest w tych przypadkach o wiele korzystniejsze. W końcu odpiera autor stanowczo zarzut, jakoby stosowanie balonu Brauna do pochwy wpływało niekorzystnie na połóg; obliczywszy odsetek kobiet gorączkujących, u którychby można myśleć o związku przyczynowym, na 11·5 do 16·5, — odsetek śmiertelności równał się 0. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Krajewski. **Porównawcze badania wpływu morfiny i jej pochodnych (heroiny, peroniny, dioniny i kodeiny) na czynność oddechową.** (*Russki Wracz* 1902, Nr. 9). K. badał na królikach (w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa) wpływ morfiny i jej pochodnych na liczbę, rytm i głębokość oddechów (zapomocą zegara gazowego i metody graficznej), na pobudliwość ośrodka oddechowego (zapomocą drażnienia prądem przerywanym końca ośrodkowego nerwów błędnego, krtaniowego górnego i trójdzielnego), wreszcie na wymianę gazów i na stan ogólny zwierzęcia. Alkaloidy wstrzykiwano podskórnie w 1% rozczynach wodnych, w dawkach od 0,0005—0,001 do 0,03—0,35 grm. na kilo wagi. Na podstawie tych doświadczeń przychodzi K. do następujących wniosków: 1) pod względem szybkości działania pierwsze miejsce należy się heroinie, a potem morfinie, dyoninie, kodeinie i wreszcie peroninie; 2) zwolnienie oddechania występuje najwybitniej pod wpływem działania heroiny, potem morfiny, peroniny i dyoniny; kodeina przeciwnie przyspiesza oddechanie; 3) rytm oddechowy zmienia się najwięcej po peroninie i kodeinie, a tylko w nieznacznym stopniu po małych dawkach morfiny i średnich lub dużych dawkach heroiny; 4) na głębokość oddechów wpływały badane leki w następującym porządku, zaczynając od silniej działających: heroina, morfina, dyonina, peronina i kodeina; 5) pobudliwość ośrodka oddechowego obniża się najwybitniej pod wpływem heroiny, następnie morfiny; peronina jest pod tym względem obojętną; dyonina zaś, a osobliwie kodeina — przeciwnie pobudliwość zwiększają: 6) ogólna pobudliwość odruchowa najjaskrawiej obniża się po morfinie (według zaś doświadczeń wszystkich poprzednich badaczy morfina wywiera wpływ podniecający na pobudliwość odruchową; różnica być może zależy od rodzaju zwierząt, który służył badaczom do doświadczeń — *przypisek sprawozdawcy*), a potem po heroinie; peronina i dyonina podnoszą ją w nieznacznym stopniu na krótki czas; kodeina zaś podnosi ją silnie i na czas dłuższy; 7) kojące i nasenne działanie mają w równym stopniu morfina i dyonina; nasenne własności kodeiny i peroniny są bardzo nieznaczne; heroina zaś wywołuje szczególny stan, przypominający katalepsyę; 8) wymiana gazów i ciepłota nie ulegają wybitnym zmianom. (Wnioski autora nabiorą wtenczas znaczenia u łóżka chorego, gdy będą uzupełnione porównawczemi badaniami działania tych przetworów

na inne czynności ustroju, przedewszystkiem zaś na czynność serca i układu naczynioruchowego; bez badań tego rodzaju trudno wysnuwać wnioski praktyczne, jak tego życzy sobie autor; nie mówię już o tem, że podobne doświadczenia należy niezbędnie uzupełnić ścisłemi spostrzeżeniami klinicznemi, w razie bowiem różnicy między wynikami doświadczalnymi a spostrzeżeniami klinicznemi, pierwsze tracą swoje znaczenie. *Przypisek sprawozdawcy*).
Witold Orłowski (Ptbg.).

M. Geirsvold. **Rak w Norwegii.** (*Nordiskt Medicinskt Arkiv.* — *Philad. Med. Journal* 4 stycznia 1902 r.). Autor zebrał statystyczne liczby, tyczące się rozpowszechnienia raka w Norwegii. Gdy w roku 1865 umierało tam z raka dwie osoby na 10.000 ludności, w 1897 roku stosunek wynosił 8 na 10.000. Liczba lekarzy w Norwegii w tym czasie zwiększyła o przeszło 50% i rozpoznanie stało się bardziej pewne; to jednak nie wpłynęło na śmiertelność z raka, która w Norwegii stale wzrastała. Więcej przypadków spostrzegano na wybrzeżach kraju, niż wewnątrz; więcej w miastach, niż po wsiach; w miejscowościach chłodniejszych rak występuje rzadziej. Jako przyczyna śmierci rak stosunkowo częściej był notowany po wsiach, niż w miastach. Mała ilość wody, nadającej się do picia i żywienie-się rybami mogą mieć pewien wpływ na rozpowszechnienie raka w nadbrzeżnych miastach. Przeludnienie po miastach mogłoby stanowić przyczynę większej częstości raka, który, jak się zdaje, często trzyma się pewnych ulic i domów. Co do płci chorych, to różnicy prawie niema; co do wieku, to najczęściej rak nawiedza ludzi 60—80 letnich. Kobiety przeważnie zapadają przed 50, mężczyźni po 50 roku życia. Robotnicy częściej zachorowują na raka, niż klasy średnie i wyższe. Jednakże śmiertelność z raka jest stosunkowo wyższą wśród warstw zamożnych. Najwięcej przypadków raka stwierdzono w przewodzie żołądkowo-jelitowym; nawet rak narządów płciowych i gruczołów mlecznych u kobiet rzadziej się zdarza w Norwegii, niż w przewodzie pokarmowym. Fakt, iż 80% śmierci z raka przypada na raka przewodu żołądkowo-jelitowego świadczy, że żywienie się osobnika bywa etyologicznym czynnikiem.
St. Rudzki (Ptbg.).

John Moore. **Zapalenie nerek w związku z zimnicą.** (*American Medicine. Philadelphia Med. Journ.*, 4 stycznia 1902 r.). Wnioski autora są następujące: 1) zapalenie nerek zazwyczaj nie zdarza się w następstwie prostej trzeciaczki o krótkim przebiegu, n. p. pięciodniowym; 2) nawrotowe zakażenie zimnicze wywołuje zapalenie nerek w znacznym odsetku przypadków, chociażby trwanie trzeciaczki każdorazowo było krótkie; 3) im bardziej przewlekły jest przebieg zimnicy, tem łatwiej powstaje zapalenie nerki; 4) zimnica długotrwała lub z często powtarzającymi się nawrotami wywołuje przewlekłe cierpienie nerek, objawiające się stałym białkomoczem i obecnością wałeczków; 5) letnia i jesienna zimnica (*malaria aestivo-autumnalis*) prawdopodobnie przysparza najwyższy odsetek następczych zapaleń nerek (w przypadkach autora 68,7%); 6) wiek chorego, wysokość ciepłoty i ciężar gatunkowy moczu nie wpływały w przypadkach, spostrzeganych przez autora, na obecność białka i wałeczków w moczu.
St. Rudzki (Ptbg.).

Silex. **O ropnem zapaleniu ócz noworodków.** (*Die Heilkunde* 1902, Nr. 1). Przechodząc rozmaite sposoby leczenia zapalenia ropnego ócz noworodków, zgadza się S. na zapobiegawcze zakraplanie; pierwszeństwo jednak daje sposobowi Credego, t. j. 2% roztworowi azotanu srebrowego. Aby usunąć raz na zawsze groźne następstwa zapalenia ócz noworodków, czyni autor wniosek, aby rząd wziął tę sprawę w swoją opiekę, tak jak zaopiekował się ochronnem szczepieniem przeciw ospie, i w tym celu wydał odpowiednią ustawę, w której zobowiązałby akuszerki do donoszenia o każdym przypadku władzy politycznej, a po miastach policyi. Przy istniejącem już zapaleniu z początku autor używa tylko przemywań; gdy okres ostry minie, pędzluje on 1% roztworem azotanu srebrowego naprzemian z zakraplaniem 1/4% roztworu azotanu srebrowego, lub sozojodolanem cynkowym. Po ustaniu wydzieliny zakrapla jeszcze oczy przez dni 14 słabym roztworem protargolu. *P.*

Noorden. **Przyczynek do nauki o torbielach muszli usznej.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, Tom 62). Przyczyna i mechanizm powstawania torbieli muszli usznej nie jest bliżej znana. W ostatnich czasach wielu autorów dopatruje przyczyny w ograniczonem zapaleniu surowiczem ochrzęstnej, które się otorbia. N. opisuje przypadek torbiela muszli usznej u 26-letniego mężczyzny, który powstał na powierzchni wklęsłej muszli usznej w ciągu trzech tygodni bez jakiejkolwiek widocznej przyczyny. Torbiel nacięto; wypłynęła ciecz przeźroczysta, podobna do gliceryny. Jama torbiela wypełniła się powoli ziarniną i zupełnie zarosła. Badanie mikroskopowe ścian wykazało, że główną składową częścią jest chrząstka, która na zewnątrz pokryta jest skórą, na wewnątrz tkanką łączną. Tym sposobem torbiel powstał wewnątrz samej chrząstki. N. przyjmuje jako przyczynę uraz, pomimo braku tego czynnika w wywiadach. N. objaśnia sobie powstanie w ten sposób, że wskutek urazu powstało pęknięcie wewnętrzne chrząstki i między dwie w ten sposób powstało blaszki chrząstki nastąpiło przepacanie się płynu. Tkanka łączna na wewnątrz torbiela utworzyła się następczo.
Dr. Teofil Zalewski.

Boinet. **Histerya a zimnica.** (*Presse médicale*, Nr. 102, 1901). Autor spostrzegał chorych, u których zimnica widocznie wywołała histeryę, jakkolwiek poprzednio żadnych przypadłości nerwowych u nich nie było. W innym przypadku przez przyłączenie się zimnicy spotęgowała się częstość i ciężkość napadów macinniczych. Zimnica wywiera zdaniem autora głównie wpływ na napady i na spotęgowanie zaburzeń psychicznych histeryi. Wpływ ten wywołać mogą wszelkie postacie zimnicy, a pojawia się prawie wyłącznie u jednostek już przedtem usposobionych. Często występują oba cierpienia równolegle, okresowo, a wtedy środki przeciwzimnicze działają zwykle korzystnie także na nerwicę. Okresowo pojawianie się napadów histerycznych można tłomaczyć bądź okresowem działaniem zakażenia zimniczego na układ nerwowy, bądź samopoddawaniem chorego, wynikłem z jednorazowego zbiegu napadu nerwowego z zimniczym. Rozpoznanie zimniczego tła macinnicy polega na stwierdzeniu czynników etyologicznych, albo na wykryciu pasorzyta zimniczego, względnie obrzęku śledziony. Sama bowiem okresowość napadów, oraz podniesienie ciepłoty, dreszcze i poty mogą pojawić się w przebiegu histeryi bez zimnicy i nie są cechami charakterystycznemi. Zimnica pogarsza zawsze rokowanie w histeryi. Nawroty bywają częste, a przypady histeryczne pozostają mimo ustąpienia zimnicy. W leczeniu należy uwzględniać oba cierpienia, oraz stan ogólny chorego.
Dr. M. Blassberg.

* * *

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kwas chinowy i jego połączenia. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). W ciągu ostatniego roku wiadomości nasze o leczniczem działaniu kwasu chinowego i jego połączeń bardzo się wzbogaciły. Według najnowszych badań kwas chinowy zamienia się w ustroju na kwas będźwinowy, ten zaś, łącząc się z glikokolem, tworzy kwas hipurowy, którego sole są o wiele łatwiej rozpuszczalne, niż sole kwasu moczowego. Teoretycznie działanie kwasu chinowego wymaga jeszcze dalszych wyjaśnień; pod względem praktycznym spostrzeżenia kliniczne stwierdzają bardzo skuteczne działanie tego środka w przebiegu dny. Przetwory, których skuteczność dotychczas stwierdzono, są: urosina (*Lithium chinicum*), chinotropina (*Urothropinum chinicum*), sidonal (*Piperazinum chinicum*) i urol (*Urea chinica*).

O urolu mamy tylko jedno spostrzeżenie, podane przez Noordena (porównaj „Przegląd lekarski“ 1902, Nr. 15). Jest to połączenie dwóch drobin mocznika i jednej drobiny kwasu chinowego, łatwo rozpuszczalne w wodzie i rozcieńczonym wyskoku. Noorden zaleca go przeciw dnie i przeciw złogom moczanowym w nerkach. Dawka dzienna wynosi 2—5 grm. Najlepiej podawać ten środek rano i wieczorem w dwóch równych dawkach, rozpuszczonych w gorącej wodzie. Tak stosowany ma działać urol najskuteczniej i nie wywiera ujemnego wpływu na trawienie.
Dr. T. Ż.

Orthoform zaczęto stosować w ostatnich czasach, jako lek znieczulający miejscowo i to w postaci 10% maści, lub zmieszany z innymi proszkami. Na naskórek nie działa, ale na rany jest doskonałym środkiem znieczulającym, a prócz tego pobudza ziarninowanie. Jednakże trzeba go stosować ostrożnie, bo bywają chorzy, którzy go nie znoszą: na ranach tworzą się brudne obumarłe naloty, a w otoczeniu ran, lub nawet na całem ciele, może wystąpić dotkliwa wysypka.

Bromokoll — poleca w ostatnich czasach Joseph w postaci 10—20% maści, ciasta lub (pasty), jako dobry środek uśmierzający świąd skóry.

Thiol — *(thiolum liquidum et siccum)* jest to syntetycznie otrzymany preparat siarki bez zapachu. Zastosowanie ma to samo, co ichtyol, a jest zupełnie nieszkodliwy i nie drażni skóry nawet najwrażliwszej, lub dotkniętej zapaleniem ostrem. Dobry do wcierań w 10% maści, lub do pendzlowania, rozcieńczony trzecią częścią gliceryny, — w wyprysku, rumieniu, trądziku pospolitym, oparzeniach i t. d.

Captol — produkt zagęszczenia taniny i chloralu. W postaci *spiritus captoli* zachwalany jest jako środek na porost włosów. Jessner sceptycznie się nań zapatruje.

Lenigallol — związek kwasu pyrogalusowego, jest według Kromayera — łagodnie działającym przetworem — w wyprysku, zwła-

szcza pęcherzykowym Dobrze stosować go w postaci pasty: *Lenigallol 5·00—10·00, Zinci ox., Amyl., Vaselini flav. amer., Ung. lenient. aa 10·00.*

Z. Czaplicki.

VII. Cholera w Hedżas i środki zaradcze przeciw jej zawleczeniu.

Pielgrzymka do Meki zgromadziła w roku bieżącym około 240,000 mahometan. Z tych większa część przypada na pielgrzymów przybywających z południa i wschodu, mniejsza, około 40,000, z Europy, Afryki północnej i Azyi mniejszej. Że wśród takiego tłoku ludności ras wschodnich, z natury nie przywykłych do czystości, mających nadto walczyć z niedostatkiem wody i żywności, mogą wybuchać choroby zakaźne, jest rzeczą naturalną; pielgrzymi, wracając do swoich siedlisk, roznoszą zarazę i stają się rozsadnikami bardzo groźnych nieraz epidemij. Aby temu zapobiedz, zarządza się w dobrze zrozumianym interesie daleko idące środki ostrożności. Ideałem by było nie dopuścić do wybuchu zarazy. W tym celu wszyscy pielgrzymi, przybywający z południa i wschodu, jako najbardziej groźni, gdyż pochodzą bezpośrednio z miejsc zakażonych, odbywają kwarantannę na wyspie Kamaran. Jestto wyspa w południowej części morza Czerwonego, gdzie międzynarodowa Rada sanitarna turecka urządziła obszerną stacyę kwarantannową. (Jest tam obecnie dyrektorem nasz rodak Dr. Lubicz-Szymoński). Wszystkie okręty, dążące z południa, muszą tam zawijać. Pielgrzymi zostają wysadzeni na ląd, gdzie podlegają pięciodniowej obserwacyi, oraz gruntownemu odkażaniu. Podobnemu odkażeniu podlegają i okręty.

Pielgrzymi z północy przepływają kanał suezki w kwarantannie, tj. nie stykają się z Egiptem, a w takim razie po wizycie lekarskiej wylądowują w Dżeddah bez przeszkody: pielgrzymi egipscy i ci, którzy wylądowują w Aleksandryi, a następnie koleją udają się do Suezu, aby ztąd na okrętach egipskich udać się do Dżeddy, zostają w Suezie przed odpłynięciem gruntownie badani i odkażani, a to ze względu na mór, który od 7 kwietnia 1901 r. ustawicznie w Egipcie panuje. Po przybyciu do Dżeddy podlegają ci pielgrzymi ponownemu badaniu, odkażeniu i tylodniowej obserwacyi, aby ona, wliczając w to drogę morską, wynosiła 5 dni.

Obok tych dróg morskich istnieją jeszcze lądowe, po których pielgrzymi z różnych stron zdążają karawanami. Jakkolwiek władze sanitarne czuwają pilnie, to jednak w pustyni, gdzie jak powiada Mickiewicz:

„Tylko skały tam nocują
Tylko gwiazdy tam koczują“

trudno dostrzedz wszystkiego i niezawodnie wielu pielgrzymów przekracza bramy miasta świętego bez poprzedniego odkażenia. Niewątpliwie też będą tam i tacy, którzy przybywają drogą morską i wylądowują potajemnie na obszernych i z tego powodu nie dających się dopilnować brzegach Arabii.

To też nie ustrzeżono się zarazy mimo tych wszystkich środków ostrożności, gdyż, jak doniósł telegram z dnia 7 marca — stwierdzono w Medynie przypadki cholery, które się datują już od 17 lutego. Dnia 9 marca było już w Mece 7 przypadków śmiertelnych. Do 10 marca było w Medynie 322 przypadków śmierci między pielgrzymami, a 30 między mieszkańcami Medyny; w Mece 38 przypadków, z których 16 śmiertelnych.

12 marca	w Dżeddach	5	przyp.	— 4 śmiertel.
17 „	w Mece	64	„	
17 „	w Dżeddach	4	„	
18 „	w Mece	63	„	
19 „	w Mece	21	„	— 15 śmiertel.
22 „	w Medynie	48	„	— 41 „
23 „	w Medynie	20	„	— 46 śmierci
23 „	w Mece	220	śmierci.	

Jestto dzień ofiar, zatem główny dzień wszystkich uroczystości, poczem pielgrzymi powoli udają się do Dżeddy.

24 marca	w Mece	246	przyp.	śmierci
25 „	„	286	„	„
26 „	„	197	„	„
27 „	„	103	„	„
28 „	„	38	„	„
29 „	„	36	„	„
30 „	„	21	„	„

Widać z tego, że w miarę jak pielgrzymi opuszczają Mekę, zmniejsza się liczba śmierci w Mece, a natomiast wzrasta w Dżeddach, i tak:

29 marca	w Dżeddach	17	przyp.	śmierci
30 „	„	25	„	„
31 „	„	28	„	„
1} 2} kwietnia	„	73	„	„

W miarę jak pielgrzymi opuszczają Dżeddach, zmniejsza się tamże liczba przypadków, a zdarzają się pojedyncze przypadki na okrętach odpływających z Dżeddach, i tak:

3 kwietnia	w Dżeddach	16	przyp.	śmierci
5 „	„	14	„	„
6 „	„	10	„	„
7 „	„	7	„	„
8 „	„	4	„	„

Wobec tego trzeba było zastosować środki ochronne przeciw zawleczeniu cholery, a zadanie to spełnia względem pielgrzymów z Egiptu i z Europy międzynarodowa Rada sanitarna kwarantannowa egipska.

Najważniejszymi punktami, gdzie te środki zostają zastósowane, są stacye w El-Tor i Suez.

Zarządzenia te można podzielić na dwie kategorye: pierwsze mają za zadanie skierować na pole kwarantannowe w Tor wszystkich pielgrzymów, wracających z Hedżas tak, aby się żaden nie mógł uchylić od odbycia kwarantanny; drugie, aby po skierowaniu pielgrzymów w jedno miejsce, powstrzymać epidemię i ograniczyć ją do jednego miejsca, zwalczać ją najskuteczniejszymi środkami i pielgrzymom, nieuznanym za niezdolnych do przeniesienia zarazy, nie pozwolić odjechać z Tor do Egiptu lub Europy.

Tak więc przedsięwzięto surowe środki, aby zmusić pielgrzymów do udania się do Tor, w celu odbycia kwarantanny. Tej kwarantanny, jakkolwiek bardzo przykrej, przewożące pielgrzymów okręty nie starają się unikać, wiedząc, że w Suezie nie zostaną przepuszczone: niebezpieczeństwo zarazy pochodzi od małych gromad pielgrzymów, którzy, przepłynąwszy morze Czerwone na łodziach żaglowych, starają się wylądować potajemnie na brzegu egipskim, albo od tych, którzy pojedynczo lub karawanami starają się drogą lądową dotrzeć do Egiptu. Tak jedni, jak drudzy mają do zwalczania trudności, które im stawia sama natura. Pielgrzymi, przepływający morze na łodziach, musieliby wylądować w znacznej odległości od miejsc zamieszkałych, gdzie z braku wody, pożywienia i środków komunikacyjnych zginęliby z nędzy. Muszą więc wylądować w pobliżu miejsc zamieszkałych, a te miejsca są szczególnie strzeżone przez okręty rządu egipskiego i sudańskiego, które krążą ustawicznie wzdłuż brzegu afrykańskiego. Wszystkich dróg zresztą, prowadzących od morza, strzegą władze administracyjne tak, że gdyby nawet niektórym pielgrzymom udało się ujść czujności owych okrętów i wylądować w Afryce, natychmiast zostają o tem uwiadamiane urzędy kwarantannowe, które zależnie od okoliczności zarządzają odpowiednie środki.

Jeszcze trudniej dostać się do Egiptu drogą lądową. W istocie jest rzeczą prawie niemożliwą przeprawić się przez pustynię inaczej, jak karawanami. Wszyscy zaś Beduini półwyspu synajskiego wiedzą, że karawany mają obowiązek przechodzić przez Tor, a wzmocniony garnizon w Nachl, zajmujący główny punkt, posiadający wodę na drodze karawanowej, ma rozkaz odstawiać do Tor karawany przybyłe do Nachl, lub sygnalizowane przez Beduinów. Nadto czujny nadzór nad kanałem suezkim spełniają urzędnicy Towarzystwa kanałowego i straże graniczne, które mają obowiązek donosić urzędom kwarantannowym o pielgrzymach, którzyby

w podróży tak długiej i mozolnej uszli baczności Beduinów. Pielgrzymów takich odstawionoby do stacyi u źródeł Mojżesza, gdzieby musieli odbyć przepisaną kwarantannę.

Takie są mniej więcej zarządzenia, zmierzające do zmuszenia wszystkich pielgrzymów do udania się do Tor, gdzie są zebrane wszystkie środki w celu zgniecenia epidemii w zarodku. (Dok. n.) *Dr. Batko,* lekarz kwarantanny w Suez.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Tabelka przypadków dżumy w Egipcie

od 7 kwietnia 1901 do 6 kwietnia 1902

ogłoszona przez dyrekcyę służby sanitarnej i zdrowia publicznego (Kairo).

Miasto lub wieś	Prowincya	Obwód	Liczba przypadk. odosobnionych: Europejczycy	Liczba przypadk. odosobnionych: Tubylcy	Śmierć w szpitalu: E.	Śmierć w szpitalu: T.	Śmierć na zewnątrz szpitala: E.	Śmierć na zewnątrz szpitala: T.	Wyleczono: E.	Wyleczono: T.	Pozostało w leczeniu: E.	Pozostało w leczeniu: T.
Aleksandrya	—	—	24	17	7	8	—	12	17	9	—	—
Port-Said	—	—	7	14	3	8	—	5	4	6	—	—
Minich	—	—	—	5	—	1	—	—	—	4	—	—
Mansurah	Dakalich	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Mit-Gamr	do	—	3	14	2	5	—	7	1	9	—	—
Kom-el-Nur	do	Mit-Gamr	—	23	—	4	—	4	—	12	—	7
Zagazig	Szarkich	—	4	63	1	21	—	10	3	42	—	—
Szeblanga	do	Mina-el Gamh	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Tantah	Garbich	—	2	40	1	24	—	53	1	16	—	—
Ziftah	do	—	—	7	—	5	—	7	—	2	—	—
Aboussir	do	Mehallet-Keb.	—	7	—	1	—	1	—	4	—	2
Kafr-Enan	do	Ziftah	—	1	—	1	—	1	—		—	—
Mehallet-Abu-Aly	do	Mehallet-Keb.	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Nahtai	do	Ziftah	—	4	—	2	—	2	—	2	—	—
Koraczieh	do	Tantah	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1
Benha	Galiu-bieh	—	—	10	—	4	—	3	—	3	—	3
Dechneh	Keneh	—	—	22	—	12	—	5	—	2	—	8
		Ogółem	40	231	14	98	—	111	26	111	—	22

Liczba przypadków dżumy stwierdzonych w Egipcie od 7 kwietnia 1901 r. do 6 kwietnia 1902 r. wynosi 382; śmierci 223; wyleczonych 137.

Dr. B.

Proszeni jesteśmy o ogłoszenie następującego doniesienia:

W Berlinie, w Akademii sztuk i nauk odbędzie się od d. 31 maja do 8 czerwca b. r. wystawa lekarskich środków nauczania, która ma być podzielona na następujące oddziały; I. Okazy do nauczania anatomii fizyologicznej i patologicznej. II. Fantomy i podobizny plastyczne: 1) fantomy: oko, miednica, pęcherz, krtań i jama ustna; 2) podobizny z masy papierowej, drzewa i gipsu; 3) odlewy. III. Wzory w formie tablic i atlasów, w połączeniu z naukową fotografią i radiografią. IV. Mikroskopia i technika mikroskopowa: 1) okazy mikroskopów i przyrządów pomocniczych; 2) preparaty mikroskopowe rozmaitych rodzajów; 3) mikroskopowe rysunki; 4) mikro-fotogramy. Dodatkowo: przedstawienie z zakresu nauki o surowicy i o metodach hodowli. V. Przyrządy do demonstracyi: 1) źwierciadła (oko, krtań); 2) stereoskopy; 3) stroboskopy; 4) przyrządy Röntgena. VI. Przyrządy rzutowe.

Podczas wystawy pierwszorzędni specyaliści będą mieć wykłady z demonstracyami.

Prezydyum wystawy stanowią: prof. Bergmann (przewodniczący), prof. Kirchner i dr. Schaper (zastępcy), dr. Kutner (sekretarz: *Berlin, W. 30, Elssholzstrasse, 13*).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 maja.

* *Donoszą nam z Wilna:* *Wilno, 20 kwietnia.*

»Dnia 14 kwietnia odbył się w Jaszunach pod Wilnem pogrzeb ś. p. prof. Jana Balińskiego, zmarłego dnia 24 marca t. r. w Petersburgu. Ciche ustronie wiejskie w dniu smutnego obrzędu zapełniło się nie tylko członkami rodziny, lecz i licznem obywatelstwem ze sfer lekarskich, literackich, ziemiańskich, oraz kilkotysięcznym ludem okolicznym. Ze świata literackiego przybył p. Ign. Baliński z Warszawy i pani Emma Jeleńska z Wilna. Z lekarzy wzięli udział w pogrzebie prof. J. Mierzejewski z Petersburga i dr. Staniewicz z Wilna. Towarzystwo lekarskie wileńskie oddało również ostatnią przysługę swemu członkowi honorowemu. Trumnę z dworca kolei na odległy o 2 kilometry cmentarz nieśli na swych barkach krewni, przyjaciele i czciciele zmarłego profesora; długi szereg niosących wieńce, których było około 40. nadawał żałobnemu pochodowi cechę wielce uroczystą.

Nad otwartym grobem pierwszy przemówił dr. Staniewicz. były uczeń zmarłego profesora w petersburgskiej medyko-chirurgiczne Akademii. Mowca wskazał na skarby duchowe i moralne, które zmarły odziedziczył po rodzinach Śniadeckich i Balińskich, będących przed 100 laty bezsprzecznie największemi powagami w sferze życia umysłowego Litwy; cenne to dziedzictwo, w związku z wybitną indywidualnością ś. p. Balińskiego, zapewniły Mu wielki wpływ i znaczenie, jakie posiadał nad Newą za panowania Aleksandra II. i III. Twórca organizacyi opieki nad umysłowo chorymi, której przedtem w Rosyi zupełnie nie było, wykształcił on pierwszorzędne siły naukowe w zakresie psychiatryi i był wyrocznią dla rządu w trudnych nieraz i zawiłych sprawach swojej specyalności.

Drugim z kolei mowcą był p. Ign. Baliński, który w głęboko odczutem przemówieniu rzewnie uwydatnił prywatne i rodzinne cnoty zmarłego profesora.

Ostatnie słowo przypadło profesorowi I. Mierzejewskiemu: czcigodny profesor na wstępie sie zastrzegł, że jako 40-letni przyjaciel, zastępca na katedrze psychiatryi, współpracownik w państwowej Radzie lekarskiej itd. nie jest w stanie wypowiedzieć tego, co czuje nad otwartym grobem swego nauczyciela i kierownika. W krótkich więc tylko wyrazach zaznaczył, czem był ś. p. Baliński dla zapoznanych wówczas w Rosyi umysłowo chorych; jakie zasługi położył w tem państwie przez zaprowadzenie klinicznego nauczania psychiatryi i jak obfite owoce przyniosła ludzkości i nauce mądra jego wieloletnia praca organizatorska.

Trumnę spuszczono do grobu. Do państwa cmętarnego Jaszun przybył nowy mieszkaniec, nieodrodny dynasta z ducha i serca swoich wielkich przodków. Niegdyś w Jaszunach przebywały najpotężniejsze i najwznioślejsze umysły Litwy: Śniadeccy, Balińscy, ... ; tu Kordyan przecierpiał Wertherowskie rozpacze, tu Laura gasiła chłodnemi wyrazy przedwczesne zapały poety; dziś Jędrzej Śniadecki spoczywa snem wiecznym w Horodnikach; Jan Śniadecki i Michał Baliński w Jaszunach; Kordyan na wygnańczym cmętarzu Montmartre, a Laura na wyniosłem wzgórzu anatolskiego brzegu Bosforu, zkąd jak dwie źrenice widnieją źwierciadła dwóch mórz: Czarnego i Marmora. Jaszuny zamieniły się w uroczysko wspomnień, cicho tu i smutno, »jak gdy szczęście minie«.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia 7 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Gliński okazał rzadki preparat anatomiczny; kol. dr. Kirkor miał wykład: »O zmianach szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych podczas ich czynności dowolnej i odruchowej«.

* Pani Bronisława ze Skłodowskich Dłuska, żona Dra Kazim. Dłuskiego, otrzymała stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim.

* »Wiener Zeitung« z d. 3 maja w części urzędowej ogłasza rozporządzenie ministra spraw. wewn. i ministra oświaty do wszystkich dziekanatów wydz. lekarskich w Austryi, zmieniające nową ustawę rygorozalną z d. 21 grudnia 1899 r. Zasadnicze punkta nowego rozporządzenia ministeryalnego podaliśmy w Nr. 14 »Przegl. lekarskiego« jako uchwały

ankiety, złożonej z dziekanów austryackich wydziałów lekarskich, która odbyła się d. 24 marca b. r. w Wiedniu pod przewodnictwem J. E ministra Hartla

* P. Namiestnik zamianował lekarzami powiatowymi koncepistów sanitarnych: dra Edw. Piotrowskiego, i dra Leona Fuchsa; koncepistami sanitarnymi — asystentów sanitarnych: dra J. Jossego i dra Stan. Janikiewicza.

Przeniesieni zostali: lekarz powiatowy, dr. Edw. Piotrowski ze Lwowa do Cieszanowa; koncepista sanitarny, dr. Leon Kain z Cieszanowa do Lwowa; asystenci sanitarni: dr. Roman Serkowski — z Sambora do Nadwornej, dr. Wacław Stablewski — z Podgórza do Kossowa i dr. Rud. Zatlokal — z N. Targu do Nadwornej.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVII (20—26—IV). Ludność średnia roczna 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 14, urodziło się dzieci 18, umarło osób 44 — mianowicie: z gruźlicy 5 (2 zam.), z zapalenia płuc 9, z błonicy 2 (1 zam.), z płonicy 4 (1 zam.), z cholery dziecięcej 1.

* Między 23 a 29 kwietnia doniesiono władzy o 6 nowych przypadkach ospy w gminie Bartne, powiatu gorlickiego. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach galicyjskich: w brodzkim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), kamionkim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (2 gm.), niskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (2 gm.), wadowickim (1 gm.),

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 96, w tygodniu poprzedzającym 128.

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Pletzer i Wendelstadt mian. prof. nadzwyczajnymi w Bonn; Heilbronner — prof. nadzwyczajnym w Halli. Dr. Leopold Landau — prof. nadzw. ginekologii w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Włodzimierz Chrzanowski, urodzony w r. 1828, w Krakowie. Dr. Jakób Eichner, lat 34, lekarz pułkowy, w Przemyślu. Dr. Dominik Okińczyc, urodzony w roku 1867, lekarz pułkowy (Russki Wracz N. 17). Dr. Maryan Oraczewski, urod. w r. 1860, lekarz pułkowy (R. Wracz, N. 17). Dr. Frusci. prof. chirurg. anatomii, w Neapolu. Dr Trautmann prof. nadzw. otyatryi, w Berlinie.

Bibliografia:

— Dr. Leopold Steinsberg. **Francensbad i jego środki lecznicze** (1902). Jest to obszerna monografia o środkach leczniczych zdrojowiska Francensbadzkiego, wydana ozdobnie i starannie, a wyróżnia się przedewszystkiem tem, że oprócz części informacyjnej zawiera teoretyczno-naukowe uwagi, mogące służyć za wzór, jak tego rodzaju monografie o zakładach kąpielowych redagować należy, ażeby przyniosły istotną korzyść nie tylko leczącym się, lecz informowały i lekarzy o zasobach i rozwoju zdrojowiska. Jest to pierwsza praca o Francensbadzie wydana po polsku, co ze względu na liczną klientelę polską w tem zdrojowisku zasługuje na wdzięczne uznanie dla autora.

— Podręcznik prof. Bagińskiego: »Choroby wieku dziecięcego« wyszedł w VII-em wydaniu.

— *Nowiny lekarskie* Z. 5. Herman: O przedoperacyjnem badaniu nerek. Dziembowski: Patologia i terapia zmian w sercu przy stwardnieniu tetnic. Strzemiński: Rzadki przypadek cierpienia histerycznego u mężczyzny.

— *Krytyka lekarska* Nr. 5. Lewin: Wędrówki chorych za granicę. Wysłouch: Ohyda wieku (dok.). Z. Kramsztyk: Oddziały szpitalne. Strzemiński: Jan Baliński (wspomnienie pośmiertne). Wrzosek: Z powodu zbliżającej się setnej rocznicy pierwszego wydania »Teoryi jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 19. Brudziński. Badanie mikroskopowe stolców niemowląt. Flaum: Chemia fizykalna w medycynie. L. Korczyński: Kilka uwag w sprawie patogenezy miażdżycy tętnicy głównej (dok.).

— *Medycyna* Nr. 19. Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanu związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia (c. d.). Ryłko: Przypadek sympodii.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 19. Eiselt: Smrt po cort radic. punicae granat. Salmon: Mnohonásobný zánět blan serosnich.

— *La Presse médicale* Nr. 36. Lapersonne: Powikłania oczodołowo-oczne zajęcia zatok mózgowych *(sinusitis)*.

— Nr. 37. Guinard: Leczenie tętniaków łuku aorty. Poncet i Bérard: Promienica ludzka we Francyi.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 19. Kraus: Raz jeszcze: przyczynek do anatomii zastawki biodrowo-kątniczej *(valvula ileo-coecalis)*. Weiss: O niedomykalności zastawki biodrowo-kątniczej. Freund: Nabytki i usiłowania w zakresie patologii przemiany materyi (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18. Renzi: Przyczynek do lekarstwianego leczenia gruźlicy. Brieger: O leczeniu rwy kulszowej. Reichert: Nowa metoda badania jamy Highmora za pomocą antroskopu. Rothmann: Problemat porażenia połowiczego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 18. Hofmeier: O zapobieganiu gorączce połogowej. Rostoski: O wartości precypityny, jako środka dla odróżniania ciał białkowatych. Neugebauer: Znieczulenie drogą rdzenia pacierzowego i podział czucia podług odcinków rdzenia. Voigt: Przypadek zatoru płucnego przy łożysku przodującem. Raff: Przyczynek do nauki o starczych naczyniakach skóry. Federschmidt: Przypadek zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu jelita, wyleczony za pomocą laparotomii. Keiler: Zapalenie wyrostka robaczkowego a ciąża. Bauer: Plamica krwotoczna przy gruźlicy. Thost: Gorączka sienna (dok.). Wassermann: O zachowaniu się białych ciałek krwi w niektórych chorobach chirurgicznych, zwłaszcza w zapaleniu wyrostka robaczkowego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 19. Hoffa: Rozwój i zadania chirurgii ortopedycznej. Sudeck: O ostrym zaniku kości po zapaleniu i urazie kończyn. Bidder: Poronne leczenie czyraków (wąglika) za pomocą podskórnych wstrzykiwań odkażających (dok.). Gutzmann: Uwagi nad mową niedosłyszących i ogłuchłych (dok.).

Redakcya otrzymała. E. Biernacki. Pro domo mea. Schreiber: Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.